



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
DISSERTAÇÃO

**“O PAPEL DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA RECUPERAÇÃO DO
DOENTE SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA-
A PERSPETIVA DO DOENTE”**

Berta Maria Mendes de Campos Andrade

Docente Orientador

Prof. João Carlos Santos

Lisboa, 2016

PENSAMENTO

Quando uma coisa evolui, também evolui tudo o que está á sua volta.

Quando procuramos ser melhores do que somos,

Tudo à nossa volta se torna melhor também

O Alquimista

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que diretamente ou indiretamente na realização deste trabalho:

Ao Prof. João Santos pela ajuda e orientação e também pelo seu incentivo nos momentos mais difíceis;

À Prof^a. Dra. Filomena Gaspar pelos seus conhecimentos em estatística, foi de extrema importância e uma mais-valia neste processo de aprendizagem;

Ao serviço de cirurgia cardíaca onde foi aplicado o questionário, pela sua disponibilidade;

Aos doentes que sem eles teria sido impossível a realização deste trabalho;

Por último à minha família, aos meus amigos e colegas que me apoiaram e ajudaram nos bons e menos bons momentos deste processo.

A todos eles o meu sincero agradecimento, amizade e estima!

RESUMO

A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) tem como objetivo capacitar o doente, para que este recupere a sua independência e consequentemente, a sua participação e reinserção no meio onde está inserido.

Por vezes o ER é confundido com outros profissionais, não lhe sendo reconhecido a sua intervenção especializada, e consequentemente os doentes não a identificam como um ganho em saúde. Por outro lado redução do número do ER no serviço e o consequente rácio maior de doentes (cerca de 30 doentes diários), condiciona a intervenção deste profissional.

A cirurgia cardíaca, é um procedimento complexo e incapacitante pela resposta à dor, que condiciona a adesão do doente, por medo e retracção, não se excluindo o efeito da sedo-analgesia prolongada e a necessidade de circulação extra corporal, que podem interferir com o grau de consciência e mobilidade no pós- operatório.

Como objectivo geral, foi definido para este trabalho:

“Avaliar a percepção do doente submetido a cirurgia cardíaca quanto ao papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de cuidados”

Como objectivos específicos foram definidos:

- Avaliar se o cliente reconhece os diferentes papéis desempenhados pelo Enfermeiro de Reabilitação e a sua influência na recuperação/capacitação do cliente submetido a cirurgia cardíaca;
- Determinar a *importância* e a *qualidade* que o cliente atribui à intervenção do Enfermeiro de reabilitação para a recuperação/ capacitação do doente submetido a cirurgia cardíaca;
- Avaliar se existe influência da idade, sexo e habilitações académicas em relação ao reconhecimento da importância e qualidade dos cuidados.

Como modelo conceptual este trabalho foi elaborado tendo por base a teoria de médio alcance de Meleis.

Metodologia: Foi utilizada a abordagem quantitativa, do tipo descritivo correlacional, tendo também sido usado a metodologia qualitativa devido a comentários expressados pelos doentes.

Foi aplicado um questionário a um total de 53 doentes, submetidos a Cirurgia Cardíaca, (CABG, Valvular e Transplante Cardíaco), com média de idades de 65,13 anos maioritariamente do género masculino. Quanto ao nível de escolaridade verifica –se que o ensino básico é o mais frequente .

Resultados: 81,1% dos doentes identifica o ER, e reconhece que este realiza as atividades inerentes ao conhecimento do processo clínico e situação clínica. Em relação às intervenções específicas do ER, constata-se que: a maioria dos participantes identifica as intervenções específicas do ER, com percentagens superiores a 84%.

Em relação ao Ensino de Preparação para Alta, em termos globais cerca de 86% reconhecem essa intervenção, e 92,5% considera a intervenção do ER favorável para a sua recuperação. No que diz respeito à análise de variância verificou-se uma maior exigência no que diz respeito à *qualidade e importância* na sua recuperação, por parte dos doentes mais novos e com maior literacia, em relação aos mais idosos e com menor habilitação literária. As mulheres têm uma opinião mais favorável que os homens.

Da análise da informação retirada dos comentários referidos pelos doentes, e vem, consolidar os resultados quantitativos, por um lado e por outro reforçar as dimensões consideradas relevantes pelos doentes no papel do ER, nomeadamente a conduta, comportamento profissional, a comunicação e a antecipação das necessidades que vão de encontro com as competências do EER emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) **Conclusão:** Conclui-se que o ER é reconhecido na sua intervenção específica sendo bastante valorizada no que diz respeito à qualidade, e para a recuperação do doente, existindo tendencialmente algumas diferenças de acordo com as habilitações literárias o género e a idade. As Habilitações Literárias têm influência estatisticamente significativa na percepção da importância e da qualidade dos cuidados recebidos.

Como limitações salienta-se a dimensão reduzida da amostra e do número de ER que se traduz na pouca variabilidade de respostas condicionando tendencialmente a redução de assimetrias dos cuidados prestados.

Palavras Chave: Enfermeiro de Reabilitação Cirurgia Cardíaca; Doente Cirúrgico; Expectativa dos Doentes, Qualidade e Importância dos Cuidados.

ABSTRACT

The Nurse intervention of rehabilitation (ER) aims to empower the patient to regain its independence and consequently, its participation and re-integration in the social and family environment. Sometimes the ER is confused with other professionals, not being recognized its specialized intervention, also patients do not identify it as a gain in health. On the other hand reduction of ER in the unit and the consequent higher ratio of patients (approximately 30 patients daily), determines the intervention of professionals

Heart surgery, is a complex and disabling procedure due to pain response, which makes the patient react with fear and retraction, not excluding the effect of prolonged sedo-analgesia, and also the need for extra body circulation, which may interfere with the degree of consciousness and mobility in the postoperative period.

The main purpose of this work is: ***"to evaluate the perception of the patient undergoing heart surgery on the role of the ER in the care process"***

As specific objectives were defined: i) assess whether the client recognizes the different roles performed by the Rehab nurse and its influence on recovery and customer training undergone heart surgery; ii) Determine the *importance* and *quality* that the customer assigns to the ER intervention for the recovery/rehabilitation training of patients undergoing cardiac surgery; iii) Evaluate whether there is influence of age, sex and qualifications in relation to the recognition of the importance and quality of care.

As conceptual model this work was elaborated based on the middle range theory of Affaf Meleis. **Methodology:** quantitative, descriptive and correlational approach was used. We also used qualitative methodology (content analysis due to comments expressed by patients. A questionnaire was applied to a total of 53 patients undergoing cardiac surgery (CABG, and Valvular Heart Transplant), with average age of 65, years mostly males. Concerning the level of education that basic education is the most frequent level.

Results: 81.1% of patients identified and recognized the ER that performs the activities inherent to the knowledge of the clinical process and clinical situation.

Regarding to the specific interventions of the ER, notes that: most of the participants identify the specific interventions of the ER, with percentages above 84%. In relation to the educational process for discharge, about 86% of patients to recognize the intervention, and 92.5% believes the intervention of ER favorable for recovery. Concerning the analysis of variance there was a greater demand regarding the *quality* and *importance* in their recovery by the younger patients and with greater literacy, in relation to the elderly and with less academic level. Women have a more favorable opinion than men. The analysis of information removal of comments referred to by patients, became, to consolidate the quantitative results, on the one side and on the other to strengthen the dimensions considered relevant for the sick in the role of the ER, including conduct, professional behavior, communication and anticipation of needs according to the competences of the EER emanating by the order of Nurses (2010). **Conclusion:** The ER is recognized on their specific intervention being fairly valued with regard to quality and importance for the patient. We identify some differences tendency according to the educational qualifications the gender and age. The academic qualifications have statistically significant influence on the perception of the quality of care received. As limitations noted the small size of the sample and the number of ER which translates into limited variability of responses, and tended to reduce asymmetries of care.

Key words: Cardiac Surgery; Rehabilitation Nurse; Expectation of Patients; Quality and importance of ER care.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	12
1- QUADRO CONCEPTUAL	17
1.1- O processo de cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente submetido a cirurgia cardíaca	17
1.2 - As competências do enfermeiro de reabilitação	20
1.3 - O processo de cirurgia cardíaca e a intervenção do enfermeiro de reabilitação	22
2- METODOLOGIA DO ESTUDO	25
2.1- Objetivo do estudo	26
2.2- Desenho do estudo	26
2.3- Selecção dos participantes e da amostra	28
2.4 - Critérios de inclusão e exclusão do estudo	28
2.5 - Local de realização do estudo	28
2.6 - Considerações éticas	28
2.7 - Instrumento de recolha de dados	29
2.8 - Análise e tratamento estatísticos dos dados	31
2.9 - Análise dos dados qualitativos	31
3 - RESULTADOS	32
3.1 - Caracterização da amostra	32
3.2 - Resultados relacionados com o reconhecimento e identificação do enfermeiro de reabilitação	33
3.3 - Intervenção específica do enfermeiro de reabilitação	36
3.4 - Importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na recuperação do doente	39
3.5 - Qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação	39
4- RESULTADOS DA ANÁLISE DA VARIÂNCIA OU ANÁLISE CORRELACIONAL	41
4.1- Influência das variáveis independentes no grau de importância e na qualidade dos cuidados	41
4.1.1- Variável independente Habilitações Literárias	
4.1.2 - Influência das habilitações académicas, no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida de cuidados	45
4.1.3 - Influência do género no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida de cuidados	47
4.2 - Análise qualitativa dos comentários realizados pelos doentes	50
5 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	56
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1- Intervenções conducentes ao reconhecimento do ER: Identificação, conhecimento do processo clínico e pedido de consentimento informado;

Tabela 2- Intervenções do ER a nível do sistema respiratório;

Tabela 3- Intervenções do ER a nível da reabilitação motora;

Tabela 4- Intervenções relacionadas com adaptação/correção e manutenção dos exercícios

Tabela 5- Intervenções do ER ao nível da preparação para alta;

Tabela 6- Grau de Importância da Intervenção do ER na recuperação do cliente submetido a cirurgia cardíaca;

Tabela 7- Qualificação da qualidade dos cuidados recebidos;

Tabela 8 – Distribuição das médias e desvio- padrão das diferentes Habilitações Literárias relativamente ao Grau de Importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à qualidade de cuidados;

Tabela 9 - Influência das Habilitações Literárias no Grau de Importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados- diferença de médias e respetiva significância;

Tabela 10 – Distribuição das médias e desvios- padrão dos diferentes grupos etários relativamente ao Grau de Importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à Qualidade de cuidados;

Tabela 11 – Influência do Grupo Etário no Grau de Importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados- diferença de médias e respetiva significância;

Tabela 12 – Distribuição das médias e desvios-padrão dos diferentes géneros relativamente ao Grau de Importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à Qualidade de cuidados;

Tabela 13 - Influência do Género no Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados- diferença de médias e respetiva significância;

Tabela 14 – Síntese dos Comentários dos Doentes: Análise de Conteúdo.

Gráfico 1 - - Idade dos Participantes

Gráfico 2- Distribuição do grau de importância médio, atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e as habilitações literárias;

Gráfico 3 – Distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e as habilitações Literárias;

Gráfico 4 - Distribuição do grau de importância médio atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e o grupo etário;

Gráfico 5 – distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e o grupo etário;

Gráfico 6 – Distribuição do grau de importância médio atribuído as intervenções do ER na sua recuperação e o género;

Gráfico 7 – Distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e o género.

SIGLAS

ANA – American Nurses Association

ARNA - Australian Rehabilitation Nurses Association

Apróx. - Aproximadamente

AVD'S – Atividades de Vida Diária

BCRN – British Council of Rehabilitation Nursing

BO- Bloco Operatório

CABG – Cardiac Bypass Surgery

DGS – Direcção Geral DE Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ER - Enfermeiro de Reabilitação

Gr/dl – Grama por decilitro

Hg – Hemoglobina

Mcg/dl- micrograma por decilitro

Mm- milímetro

OE – Ordem dos Enfermeiros

PÁG. - Página

RFR – Reabilitação funcional respiratória

RFM – Reabilitação funcional motora

RCN - Royal College of Nursing of London

SÍMBOLOS

<- Menor que

>- Maior que

>= - Maior e ou Igual a

<= - Menor e ou igual a

N= - Número de participantes

% - Percentagem

INTRODUÇÃO

A ER possui um conjunto de competências que lhe permite intervir junto do doente, promovendo a sua autonomia e capacitação para desenvolver as estratégias necessárias à sua recuperação, o que lhe confere um papel de destaque na equipa de saúde.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), “a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência.”

A reabilitação é importante porque estimula os doentes a realizar desde o início, as actividades de cuidado pessoal que estes não conseguem, até à recuperação total das suas actividades de vida diária e, neste contexto a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação (ER) tem como objetivo capacitar o indivíduo para que este recupere a sua independência e consequentemente, a sua participação e reinserção no meio onde está inserido, não excluindo o envolvimento da família neste processo.

A manifestação da doença, seja ela mais ou menos grave, interfere com o projeto de vida do indivíduo, pois altera a sua forma de estar a nível pessoal, familiar e social, condicionando a sua participação efetiva e a sua perspetiva de futuro, sendo que, tal como refere St-Germain (2014) acerca do papel do enfermeiro de reabilitação, este é responsável por doentes diferentes e com diferentes tipos de limitações, temporárias ou permanentes.

É, por isso, da maior importância que o enfermeiro de reabilitação estabeleça com o doente uma relação terapêutica e de empatia que promova a sua adesão ao programa de reabilitação.

A cirurgia cardíaca é um dos tratamentos mais convencionais para o tratamento da doença coronária e valvular, quando a estabilização por terapêutica medicamentosa e a angioplastia deixam de ser um recurso eficaz.

De acordo com o ultimo relatório da Direção Geral De Saúde (DGS) através do Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares de 2015 foram

realizadas em 2014 cerca de 3110 Cirurgias de Revascularização Coronária (CABG). Em relação ao Centro Hospitalar onde foi realizado este estudo, durante o ano de 2015 realizaram-se um total de 736 cirurgias das quais 301 foram de CABG, 337 cirurgias valvulares, 92 cirurgias coronárias e valvulares e 6 Transplantes Cardíacos, tratando-se, portanto, de um número considerável de doentes.

A cirurgia é reconhecidamente, uma grande agressão à estabilidade física e emocional do doente, pois trata-se de um procedimento a um “órgão nobre”, que é complexa e dolorosa, causadora de um índice elevado de incapacidade temporária e, muitas vezes, definitiva.

A recuperação da cirurgia cardíaca implica a adaptação do indivíduo a um conjunto de novas situações que podem condicionar o seu futuro, não só ao nível pessoal e da sua estrutura familiar, mas também ao nível socioeconómico e profissional.

No período que compreende o diagnóstico, tratamento e recuperação o indivíduo pode evidenciar uma série de comportamentos que vão desde o medo por si, pelo futuro, pela sua família, da sua morte, até sentimentos de negação, frustração, raiva até à aceitação da sua condição. Estes comportamentos e sentimentos interferem com o seu desempenho a nível individual, profissional e familiar.

Esta diversidade de comportamentos e atitudes até à sua aceitação e consequente assunção duma nova condição pode ser explicada à luz da Teoria das Transições de Meleis. Segundo esta autora (1986), as transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais; pelas expectativas e perceções dos indivíduos; pelos significados atribuídos a essas experiências; pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações ao nível do seu bem-estar.

Como já foi referido anteriormente, a complexidade que envolve a cirurgia e a respetiva recuperação, associada ao medo e dor, pode interferir no grau de percepção dos doentes sobre a situação que estão a experienciar, no entanto

deve considerar-se ainda a iliteracia em saúde de muitos dos doentes como um fator determinante no modo como o processo de recuperação se irá desenvolver. Cutilli (2007), numa revisão integrada de literatura refere estudos em que são comparados o grau de literacia com o nível de compreensão do seu estado de saúde, concluindo que na maioria dos casos, o grau de diferenciação académica está associado à literacia na saúde. Isto é, o défice de compreensão acerca do seu estado de saúde está diretamente relacionado com a baixa diferenciação académica, enquanto que, em sentido contrário, aos níveis de literacia elevados correspondem uma melhor literacia na saúde. Esta autora (2007) refere ainda que o nível de literacia na saúde tem uma grande importância no impacto dos ganhos em saúde, sendo que um bom nível de literacia possibilita uma melhor capacitação e envolvimento do cidadão no seu processo de cuidados.

No âmbito da prática clínica, reconhece-se que mesmo que o grau de literacia não seja muito elevado, o doente procura receber cuidados de excelência e qualidade, tendo por isso, quase sempre, expectativa que a cirurgia seja bem-sucedida e sem complicações.

De acordo com Doering, McGuire e Rourke (2002) que estudaram as perspetivas dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca, em relação aos prestadores de cuidados (médicos e enfermeiros), os doentes têm como valorizam a conduta, o comportamento dos profissionais, a comunicação e a antecipação das necessidades.

Os mesmos autores referem ainda, e citando Logan, que os doentes ao falarem da sua experiência enquanto doentes cirúrgicos, centram a sua recuperação em quatro categorias: desconforto físico, cuidados de enfermagem, alteração da imagem e atividade profissional (Doering, McGuire e Rourke 2002).

Considerando a importância atribuída pelos doentes à sua recuperação nestas diferentes vertentes, e para além das limitações expectáveis, a participação e adesão dos doentes ao processo de reabilitação é fulcral:

passado o período mediato, marcado pela retirada dos drenos e início de uma maior mobilização no leito, é chegado o momento de estimular o paciente a realizar

as actividades de autocuidado. Esta será uma forma de (re) inseri-lo à rotina, satisfazendo as necessidades humanas básicas, e os prováveis deficits de autocuidado, tornando-o mais independente da equipe de enfermagem.”

Duarte, Stipp & Mesquita (2012)

A iniciação precoce da reabilitação nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca no contexto do processo de cuidados, é de extrema importância, quer, na promoção de uma recuperação precoce, quer na prevenção de complicações respiratórias e/ou motoras que podem ser transitórias e ou permanentes. De acordo com Suaya et al (2007), a participação em programas de reabilitação tem impacto, quer na redução da mortalidade e da morbilidade quer na influência e no controle dos factores de risco.

O processo de reabilitação pode ser considerado como um processo de transição na perspectiva de Chick e Meleis (1986) que descrevem ao referirem que o individuo durante o seu percurso natural de vida passa por várias situações às quais tem de se adaptar, para as poder integrar e consequentemente poder aceitá-las como parte integrante da sua vida.

Para as mesmas autoras a transição é assumida como uma área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde.

Este trabalho visa, assim, compreender qual a percepção que o doente tem sobre o papel do enfermeiro de reabilitação e a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação na recuperação de uma cirurgia cardíaca, ao longo do internamento e até ao momento da alta, nomeadamente no que diz respeito a ganhos em saúde e na qualidade de vida.

A este trabalho de investigação precedeu um projeto, onde foram desenhados a linhas gerais do mesmo, que foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética, do Centro Hospitalar.

Desta dissertação constará a apresentação do quadro conceptual subjacente, da metodologia do estudo. Seguidamente serão apresentados os resultados e análise e discussão sobre os mesmos e as principais conclusões.

Assim, foi definido o seguinte objectivo geral:

“Avaliar a percepção do doente submetido a cirurgia cardíaca quanto ao papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de cuidados”

Tendo como objetivos específicos:

- Avaliar se o cliente identifica as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro de Reabilitação e a sua influência na sua recuperação/capacitação;
- Determinar a importância atribuída à intervenção do Enfermeiro de reabilitação para a sua recuperação/capacitação;
- Avaliar a influência da idade, sexo e habilitações académicas em relação ao reconhecimento da importância e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação recebidos.

Foi utilizada uma metodologia quantitativa para a realização deste estudo do tipo exploratório, descritivo simples, e correlacional no que se refere à possível influência das variáveis sociodemográficas na avaliação dos doentes.

O questionário em anexo constituído por perguntas fechadas e abertas, após aprovação pela comissão de ética do hospital foi aplicado a uma amostra do tipo acidental, constituída por doentes que foram submetidos a cirurgia cardíaca no período de março a maio de 2015.

Como modelo conceptual dos cuidados foi utilizado o Modelo Teórico de Meleis.

1 - QUADRO CONCEPTUAL

1.1 – O Processo Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Doente submetido a Cirurgia Cardíaca

A Reabilitação é um processo dinâmico orientado para a saúde que auxilia um indivíduo que está enfermo ou incapacitado a atingir o seu maior nível de capacidade física, mental, espiritual, social e profissional. Aquele processo ajuda a pessoa a atingir uma aceitável de qualidade de vida com dignidade, autoestima e independência (Leite e Faro, 2005).

Para que tal aconteça, o cliente, durante este percurso desenvolve vários comportamentos, sentimentos e atitudes que possibilitem uma melhor adaptação à nova situação, este percurso denomina-se de processo transicional. Este processo, remete-nos para uma teoria de médio alcance, a Teoria das Transições de Meleis. Para Chick e Meleis (1986) a transição é assumida como área de atenção dos enfermeiros quando interfere com a saúde, ou quando as respostas à transição são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde.

Para estas autoras o indivíduo durante o seu percurso natural de vida passa por várias situações às quais se tem de adaptar, para as poder integrar e consequentemente aceitá-las como parte integrante da sua vida.

“ A transição mostra uma mudança no status da saúde, no papel das relações, nas expectativas ou nas habilidades. Demonstra mudança nas necessidades de todos os sistemas humanos. Transição requiere que a pessoa incorpore um novo conhecimento para alterar comportamentos e consequentemente mudar a definição do eu no contexto social da saúde/doença ou nas necessidades internas ou externas que afeta o status da saúde.”

Meleis, 1999

Neste contexto, o enfermeiro de reabilitação tem, segundo Hoeman (2000), um papel preponderante como educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos utentes, capacitador, facilitador moderador, líder,

perito e membro de equipa. De uma forma sistematizada a autora define a Enfermagem de Reabilitação da seguinte forma:

“ Definir objectivos para níveis máximos de interdependência funcional e atividades de vida diária; promover o auto cuidado, prevenir complicações e posterior deficiência; reforçar o comportamento de adaptação positiva; assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços de cuidados; advogar uma qualidade de vida ótima; melhorar os resultados esperados; contribuir para reformas no carácter, estrutura de cuidados no serviço de saúde”.

(Hoeman,2011).

De acordo com a OE, a reabilitação “dirige-se aos projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crónica e/ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2009), e tem como objetivos gerais melhorar a função, promover a independência, e a máxima satisfação da pessoa contribuindo deste modo para a preservação da sua autoestima (Regulamento 125/20011, p. 8658).

Esta conceção da reabilitação está ainda de acordo com a definição de competências do ER segundo a Association Rehabilitation Nurse's (ARN):

- i) Intervenção da Enfermeira – líder com base na evidência para promover a funcionalidade e a Gestão da Saúde na pessoa com deficiência e doença crónica;
- ii) Promoção da saúde e um modo de vida bem-sucedido na pessoa com deficiência e doença crónica durante o ciclo de vida;
- iii) Liderança;
- iv) Cuidado Interprofissional.

Apesar das intervenções preconizadas por Hoeman e pela ARN serem de extrema importância para a recuperação funcional dos doentes, estas nem sempre são identificadas e reconhecidas pelos doentes durante o internamento na sua individualidade e especificidade diluídas na multiplicidade de elementos da equipa de enfermagem e multiprofissional.

Como é referido no estudo de Tyrrel et al (2012), sobre a *contribuição da enfermagem na reabilitação de doentes idosos: perspetivas do doente e família*, a maioria dos participantes entende que o papel do enfermeiro é o de “*olhar pelos doentes*”. Ainda no mesmo estudo os doentes referem “não

identificarem nenhum papel do enfermeiro relacionado com o plano de tratamento, apesar destes serem considerados como importantes no serviço de reabilitação”. No entanto, vêem o papel do enfermeiro “como encorajador, confidente e que estimula o doente a motivar-se para a adesão à reabilitação”.

Apesar da não identificação do papel do enfermeiro de reabilitação, os participantes referem-no como importante e atribuindo-lhe “o ensino no que diz respeito às transferências, marcha, vestir, comer e dar resposta às atividades de rotina”, actividades que são consistentes com algum dos objetivos gerais da enfermagem de reabilitação preconizadas pela OE e competência definidas pela já referia ARN.

De acordo ainda com o Royal College of Nursing of London (RCN), (2007) o ER assume varias funções específicas a vários níveis desde a intervenção terapêutica à coordenação de cuidados, a educação, a capacitação /defesa, consciência política, aconselhamento e orientação e ainda a gestão clinica. Para esta entidade (2007) os enfermeiros têm lugar na equipa de reabilitação, uma vez que estão em contacto com os doentes “24 horas sob 24horas (...)”, sendo que o que faz a diferença é o tipo de informação colhida, a observação feita e o uso terapêutico deste tempo de contacto.

No estudo de O’Connor (2000) citado por Pryor (2005) sobre o papel do ER são enumerados alguns aspetos de relevo como o facto dos enfermeiros de reabilitação centrarem a sua intervenção no doente assumindo uma postura, que os *doentes* em reabilitação não estão *doentes*. Os mesmos expressam a importância da avaliação de quando podem ou não intervir junto do doente, tendo em conta as mudanças nas suas circunstâncias de vida.

Ainda no mesmo estudo O’Connor refere que a contribuição dos enfermeiros para com os doentes, em reabilitação, é facilitada por um ambiente amigável e relaxado na enfermaria, onde estes profissionais têm o tempo necessário para trabalhar com os doentes. Refere ainda que os enfermeiros desempenham um papel importante na continuidade do cuidado do doente, primeiramente através da avaliação contínua, seguida da coordenação com os outros elementos da equipa.

Para que possam materializar a sua acção, os enfermeiros de reabilitação acompanham os progressos científicos das ciências do movimento, uma vez que o desenvolvimento de novos conhecimentos afeta a prática e caracteriza a orientação de académicos e investigadores da disciplina tal como refere HOEMAN (2011).

Tendo em conta o que foi referido e transpondo-o para a realidade deste contexto de investigação, pode dizer-se que existe uma visão do doente sobre a intervenção do ER, sendo nela possível identificar a intervenção do mesmo. Esta visão associa as atividades desenvolvidas pelo ER, dentro das limitações que a intervenção deste profissional tem, no contexto atual de cuidados.

A falta de recursos humanos limita uma disponibilidade adequada por a parte do ER para o doente, condicionando o tempo que pode dedicar a cada um e, por outro lado, o facto de serem doentes submetidos a cirurgia cardíaca, altamente invasiva e sujeitos a uma anestesia prolongada, com um grau e desconforto pós operatórios elevados, condicionam, por vezes, a adesão do doente à realização das actividades inerentes ao processo de reabilitação. Ao lidar diariamente com estas duas circunstâncias que interferem com uma prática clínica do ER, parece ser particularmente relevante, estudar e avaliar até que ponto, e tendo em conta a sua perspetiva, o doente identifica e reconhece a importância da intervenção do ER, na sua recuperação/capacitação.

1.2 – As Competências do Enfermeiro de Reabilitação

A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação é norteadas pelas competências definidas pela OE (2010), sendo que estas visam a clarificação da prestação de cuidados especializados em enfermagem de Reabilitação, definindo as seguintes competências:

- 1) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;
- 2) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou reinserção e exercício da cidadania;
- 3) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Cada competência é, seguidamente, discriminada em *unidades de competência* que definem as atividades a serem desenvolvidas por forma a garantir uniformidade e qualidade nos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Assim como atividades previstas, o ER deve:

- Avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações que determinam as limitações da atividade e incapacidade;
- Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade;
- Implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade;
- Avaliar os resultados das intervenções implementadas;
- Elaborar e implementar e implementar programa de treino de *Atividades de Vida Diária* (AVD's) visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade da autonomia e da qualidade de vida.

No caso concreto dos doentes submetidos a cirurgia cardíaca em contexto hospitalar, a prestação de cuidados ao doente cirúrgico, tendo por base as já referidas competências, compreendem todas as atividades desenvolvidas no programa de reabilitação, particularmente no pós-operatório (24 pós cirurgia) até à alta.

Estas atividades são desenvolvidas no quadro dum processo transicional em que há uma alteração no estado de saúde, no papel das relações, expectativas e ou nas habilidades (...). Esta transição requer que a pessoa incorpore o novo conhecimento, altere o seu comportamento e consequentemente haja uma alteração na definição do indivíduo no contexto social seja ele um indivíduo saudável ou doente, ou com necessidades internas e externas que afete o estado de saúde (Meleis 1991).

Importa ainda considerar que, segundo a mesma autora, existem vários tipos de transições, para além desta de Saúde/Doença, como as Situacionais ou de

Desenvolvimento que coexistem em cada indivíduo com diferentes expressões e intensidades e que condicionam igualmente também este processo.

O doente submetido a cirurgia cardíaca, durante o processo de reabilitação vivencia na generalidade estes e outros tipos de transição, uma vez que este antes da cirurgia pode eventualmente ter uma vida sem restrições ou limitações, que é o pilar da família, de repente, em situação de emergência, ou mesmo em situação programada, é submetido a uma cirurgia complexa com vários riscos, que exige cuidados no imediato, a médio e a longo prazo. Esta determina uma situação que implica algumas alterações, no que diz respeito à mudança de comportamentos, estilos de vida, situação profissional e papel social e familiar. A perda temporária ou definitiva do seu papel dentro da família, obriga-o a aprender e a desenvolver novas capacidades que o ajudem a uma rápida aceitação, e definição do seu novo estatuto.

O ER tem, assim, um papel fundamental na capacitação deste doente na medida que lhe pode fornecer, não só a motivação mas também as estratégias mais adequadas que o ajudam a compreender a sua situação, em termos do que está a vivenciar e do que pode esperar no futuro em termos de capacidade mas também a concretizar atividades, nomeadamente relacionadas com o controle da dor, com a eficácia da respiração, com os exercícios possíveis com vista à recuperação e gestão das suas limitações.

1.3- O processo de cirurgia cardíaca e a intervenção do ER

A cirurgia cardíaca constitui uma das intervenções mais complexas e dolorosas a que os doentes se podem sujeitar. Esta tem como finalidade, restaurar a circulação cardiovascular e ou recuperar a funcionalidade das válvulas cardíacas.

Segundo Fragata et al (2009), o objetivo da cirurgia de cardíaca é “a *revascularização completa de todos aqueles territórios que apresentem lesões obstrutivas* > a 50% com um diâmetro de pelo menos 1mm”. Este tipo de intervenção pode ter como objetivo a substituição valvular, de revascularização miocárdica e ou para transplante cardíaco.

Existem várias técnicas de abordagem sendo a mais comum realizada por esternotomia mediana anterior através da incisão a nível do grande peitoral, com a descontinuação do esterno por serra eléctrica; abertura das pleuras e canulação da aorta consoante o tipo de cirurgia realizada, e de pendente do recurso à utilização da circulação extra corporal (CEC).

Atualmente além da CEC utiliza – se o *self-saving* que tem como objetivo filtrar e reaproveitar o sangue eliminado durante a cirurgia, o que aliás é referido por Fragata et al (2009) “*a cirurgia de revascularização miocárdica pode ser realizada sem apoio de circulação extra corporal -off pump- ou sob circulação extracorporal com hipotermia ligeira a moderada ou mesmo normotermia*”. Em hipotermia o doente é sujeito a arrefecimento corporal até cerca do 35º com a finalidade de minimizar o risco neurológico, o risco de infecção e o controle hemorrágico.

A cirurgia termina com restabelecimento da circulação e a colocação dos drenos a nível das pleuras e do mediastino por forma a garantir uma drenagem adequada de fluidos resultantes da cirurgia, bem como para permitir o despiste precoce de hemorragia. O doente é transferido do Bloco Operatório sedado, conectado a ventilador e sob suporte terapêutico que mantêm a estabilidade hemodinâmica do doente.

Dado tratar-se de um procedimento cirúrgico complexo, podem surgir no período do pós-operatório mediato e imediato complicações que podem atrasar e interferir a recuperação do cliente. Segundo Carvalho et al (2006) e citando os estudos de (Smeltzer; Bare, 2002; Gersh; Braunawald; Bonow, 2003), as complicações mais frequentes em qualquer período operatório, são o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), as arritmias cardíacas, fibrilhação auricular com atraso de condução e bradiarritmias hemorragias, complicações respiratórias, sangramento, infecção da ferida, insuficiência pulmonar, hipertensão pós-operatória, complicações cerebrovasculares.

Caso o doente esteja estável, a sedação é diminuída para se iniciar desmame de ventilador e extubação precoce em média 5-6 hora pós chegada do bloco operatório (BO). A extubação com segurança implica que o doente se encontre calmo, acordado e estável do ponto de vista hemodinâmico. De acordo com

Freitas et al (2007) define-se o sucesso da interrupção da ventilação mecânica como *“um teste de respiração espontânea bem-sucedido. Os pacientes que obtiverem sucesso no teste de respiração espontânea devem ser avaliados quanto à indicação de retirada da via aérea artificial”*

A extubação constitui o processo pelo qual é retirado o tubo orotraqueal, sendo precedido por uma toailete brônquica e da orofaringe. Esta tem como finalidade limpar as vias aéreas inferiores e superiores de eventuais secreções, evitando assim que o doente possa aspirar, no momento da extubação, algum tipo de secreções e desencadear dispneia súbita, tosse e a formação de atelectasias, atrasando, assim, a recuperação do doente. A extubação pode ser realizada pelo médico ou pela Enfermeira Especialista em Reabilitação.

A intervenção propriamente dita da Enfermeira de Reabilitação inicia-se no segundo dia de pós-operatório, avaliada a ausência de ocorrências, particularmente: hemorragia franca; valores de Hg baixos (< a 8,5mg/dl); alterações neurológicas; valor de troponinas elevadas (> 0,05mgr/dl) e arritmias, que se constituam como, contra indicação para a realização da sessão de cinesiterapia respiratória e motora.

De acordo com as *guidelines* da *American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines for Cardiac Surgery* (1999) *“a reabilitação cardíaca, incluindo a deambulação precoce durante a hospitalização, o exercício físico em regime ambulatorio e a , educação familiar, (...) demonstrou melhorar os resultados após CABG”*. Ainda, sobre as mesmas guidelines, os ganhos em saúde com a da reabilitação precoce, *“incluem melhor mobilidade física e saúde percebida. (...) Os benefícios da reabilitação estendem-se aos idosos e às mulheres. A Reabilitação cardíaca, como complemento da terapêutica farmacológica, bem como cessação tabágica devem ser proporcionados a todos os pacientes elegíveis após CABG”*.

A importância da Reabilitação no processo de recuperação do doente cirúrgico, e o seu início precoce, é, assim, reconhecida, conforme referido, não só no pós-operatório imediato mas também durante o internamento e, mais tarde, no

domicílio. Esta intervenção proporciona grandes benefícios e ganhos em saúde para o doente, possibilitando a sua autonomia tão precoce quanto possível.

De acordo com Pryor e Weber (2002) os objectivos da intervenção do ER no pós - operatório imediato são:

- *“Auxiliar no desmame de pacientes de ventilação mecânica e estabelecer padrões eficientes no gasto de energia com a respiração;*
- *Encorajar e otimizar a clearance de secreções;*
- *Estabelecer e encontrar as actividades no período pré – operatório, logo que seja possível;*
- *Promover a independência do paciente bem como sua autoconfiança;*
- *Consolidar e estender as informações /componente de educação do programa pré – operatório”.*

Com o evoluir da situação do cliente e à medida que este esteja mais estabilizado as mesmas autoras referem que a continuidade e a manutenção da reabilitação são extremamente importantes e visam:

- *Melhorar a condição física do paciente (postura, força e resistência);*
- *Melhorar a confiança e suporte pessoal do paciente, ao torná-lo envolvido numa amplitude completa de actividades da vida diária e actividades de exercícios adequados à sua condição;*
- *Criar expectativas realísticas quanto ao trabalho, desporto e de lazer;*
- *Promover independência na manutenção e monitorização da condição física”.*

Pryor e Weber (2002)

2 - METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia de um trabalho de investigação determina as linhas orientadoras para se atingirem os objetivos inicialmente propostos. Para Norwood (2000) citado por Fortin (2009) o método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo estabelecido.

Este capítulo pretende apresentar os objetivos, o local de realização, a constituição da amostra, os critérios de inclusão e exclusão, os aspetos éticos

nomeadamente a confidencialidade e anonimato, o instrumento de recolha de dados e por último o método de análise dos dados.

2.1 – Objetivo do estudo

Como já foi referido anteriormente a motivação deste estudo assenta na avaliação do reconhecimento, pelo doente submetido a cirurgia cardíaca, das intervenções do ER, nomeadamente na importância que estas têm na sua recuperação/capacitação e no contributo para a qualidade dos cuidados. De acordo com Fortin (2003) o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Como objectivo geral propõe-se:

“Avaliar a percepção do doente submetido a cirurgia cardíaca quanto ao papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de cuidados”

Como objectivos específicos foram definidos:

Avaliar se o cliente identifica as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro de Reabilitação e a sua influência na sua recuperação/capacitação;

- Determinar a importância atribuída à intervenção do Enfermeiro de reabilitação para a sua recuperação/capacitação;
- Avaliar a influência da idade, sexo e habilitações académicas em relação ao reconhecimento da importância e qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação recebidos.

2.2 – Desenho do estudo

De acordo com Fortin (2003) “ o desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Neste estudo foi utilizada uma metodologia quantitativa para a realização do estudo do tipo exploratório, descritivo simples, e correlacional no que se refere

à possível influência das variáveis sociodemográficas na avaliação dos doentes.

Considerando os objetivos do trabalho optou-se por realizar um estudo descritivo simples, já que, para a mesma autora este consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta, o que é adequado face à problemática em estudo (Fortin 2009).

Segundo a mesma autora permite ainda contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos e sobretudo possibilita a generalização dos resultados, da predição e controle dos acontecimentos. A recolha de informação será feita através da aplicação de um questionário que inclui a possibilidade dos participantes manifestarem a sua opinião pessoal, o que permitiu o aprofundamento e feedback dos mesmos, bem como a opinião sobre as questões formuladas. O volume considerável de respostas a esta questão determinou o recurso à abordagem qualitativa, utilizando-se como método de análise da informação recolhida, como adiante se verá, a análise de conteúdo.

2.3 – Selecção dos participantes e da amostra

A amostra é constituída por 53 doentes submetidos a cirurgia cardíaca, que deram o seu consentimento livre e esclarecido para participar no estudo e que estiveram internados no período de março de 2015 a maio de 2015.

Uma amostra accidental, tal como refere Fortin (2003), *“é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo as pessoas hospitalizadas”*. Dos questionários realizados (n=53), dois participantes foram submetidos a transplante cardíaco (n=2), e os restantes a cirurgia de revascularização coronária (CABG), (n=23) e/ou a cirurgia valvular (n=25) participantes, de assinalar ainda a existência de 2 doentes com cirurgia coronária e valvular e 1 não identifica o tipo de cirurgia, sendo a média de idades 65,13 anos com uma variação entre os 38 e os 91 anos.

.

Os questionários foram anónimos, tendo apenas como referencia o género, idade, habilitações literárias, conhecimento sobre a sua doença, para uma melhor caracterização da amostra.

2.4– Critérios de inclusão e exclusão do estudo

Critério de inclusão - Foram considerados para a seleção da amostra todos os doentes submetidos a cirurgia Cardiotorácica, com idade superior a 18 anos de idade inclusive, conscientes orientados no tempo, espaço e pessoa, que receberam cuidados da ER e que deram o seu consentimento livre e esclarecido após informação sobre a finalidade do estudo.

Critérios de exclusão- Consideram-se excluídos os doentes:

- Que recusem realizar reabilitação funcional motora e respiratória;
- Doentes crónicos sob ventilação mecânica, uma vez que se encontram sujeitos a sedação.

2.5- Local de realização do estudo

A aplicação deste questionário, decorreu num Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, pertencente a um hospital da ARS Lisboa e Vale do Tejo.

2.6 – Considerações Éticas

Qualquer trabalho de pesquisa que envolva seres humanos, levanta pressupostos morais e éticos. Fortin (2003) afirma que na persecução de novos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Neste sentido o projeto que deu origem a este trabalho foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética do local do estudo, para apreciação e confirmação que todos os direitos dos participantes são salvaguardados,

nomeadamente o direito do doente de receber toda a informação acerca do estudo, qual a finalidade e objetivos do mesmo.

Para Fortin (2003) o consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário. Para além disso, os sujeitos têm o direito abandonar o estudo em qualquer momento, (anexo 3).

A confidencialidade e o anonimato é outro dos direitos fundamentais que assiste ao participante do estudo, acerca de toda a informação que faculta. Tal como refere Fortin (2003) o direito ao anonimato é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. O participante foi informado dos seus direitos na altura da obtenção do consentimento informado, (anexo 3).

Por último a garantia de um tratamento justo e equitativo, independentemente da sua decisão. Este princípio, segundo Fortin (2003), apela a que a escolha dos sujeitos seja diretamente ligada ao problema de investigação e não baseada na conveniência ou unicamente na disponibilidade dos sujeitos. Assim os procedimentos de recolha de dados acautelaram estes pressupostos sendo os participantes informados acerca da finalidade do estudo e deram o seu consentimento informado, livre e esclarecido por escrito. Quando limitados nesta faculdade, não sabendo ler ou escrever, o consentimento e os questionários foram assinados e preenchidos por um representante, neste caso, um familiar escolhido livremente por si.

2.7– Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário, (Anexo) constituído por questões fechadas e abertas. Admitiu-se o preenchimento de escalas de medida para avaliar o grau de importância, como por exemplo a Escala do tipo Likert com uma ancoragem de 10 pontos. Este tipo de escala consiste, de acordo com Fortin (2009), numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema. Pede-se aos participantes para indicarem o seu maior ou menor acordo ou desacordo.

O questionário foi desenvolvido no âmbito deste estudo e teve por base as *competências e unidades de competência* do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), ou seja, as questões colocadas têm como suporte as atividades preconizadas pela OE para o enfermeiro especialista, desde o primeiro dia de intervenção até ao dia da alta.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), o ER identifica as necessidades de intervenção especializada, (...) em pessoas de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação de atividade e restrição de participação, natureza permanente ou temporária.

O questionário divide-se em 4 partes distintas e ainda um espaço no fim do questionário que permite ao participante dar a sua opinião pessoal. O primeiro bloco de perguntas estão relacionadas com os dados demográficos, habilitações literárias, tipos de cirurgia a que foram submetidos, este grupo tem como finalidade uma melhor caracterização da amostra.

O segundo e terceiro grupos são compostos por perguntas fechadas dicotómicas do tipo sim ou não. O segundo grupo compreende as questões relacionadas com a identificação do Enfermeiro de Reabilitação (ER) e também com a intervenção específica deste profissional ao doente submetido a cirurgia. Este conjunto pretende aferir até que ponto o doente reconhece o ER responsável pela sua recuperação.

O terceiro grupo engloba questões relacionadas com o ensino de preparação para alta, ou seja quando esta preparação é iniciada e que aspectos são tidos em conta, contempla também questões relacionadas com eventuais limitações à recuperação e consequente articulação com os vários elementos da equipa multidisciplinar. No quarto grupo de questões pretende-se avaliar a importância da intervenção do EER na recuperação e em caso afirmativo, devem avaliar essa importância através de uma escala do tipo Likert de 0 a 10. O questionário termina conforme já referido com uma questão aberta onde se pode obter uma opinião pessoal dos doentes sobre os cuidados que receberam

2.8 – Análise e tratamento estatístico dos dados

Na análise de dados é utilizada a análise descritiva, com as medidas de tendência central e de dispersão como a média, e o desvio padrão respetivamente. Quanto à análise correlacional optou-se por utilizar na relação entre variáveis o teste de comparação de médias (análise de variância) ou Anova. No tratamento dos dados foi utilizado o *software* estatístico SPSS 21.

2.9 – Análise dos dados qualitativos

Para Bardin (2014), a análise de conteúdo inclui um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta técnica de análise assenta na comunicação como ponto de partida, ou seja é sempre feita a partir da mensagem e tem por finalidade a produção de inferências.

Ainda de acordo com a mesma autora a escolha das unidades de registo e de contexto deve responder de forma pertinente aos objetivos da análise. A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis. Esta autora refere ainda que a partir do momento que se codifica o seu material, este deve produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados em bruto a fim de lhes atribuir sentido (Bardin 2014).

A análise foi efetuada *a posteriori* a partir da leitura das respostas dos doentes, embora contemple a perspetiva de procedimento aberto de Braun e Clark (2006); Ghilione e Matalon (1992) que se caracteriza pelo desenvolvimento de categorias após análise de cada segmento de informação.

Em síntese e na perspetiva de Bardin (2014) o processo de análise de conteúdo compreende três fases, que foram seguidas no presente estudo:

- i) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas;
- ii) A selecção das unidades de análise (ou unidades de significados);
- iii) O processo de categorização e subcategorização.

3- RESULTADOS

3.1- Caracterização da Amostra

Neste estudo, participaram 53 clientes, ($n=53$), que reuniam os critérios de inclusão. Todos deram o seu consentimento e iniciaram reabilitação funcional respiratória e motora nas 24 horas imediatas à cirurgia cardíaca.

Os participantes são maioritariamente do sexo masculino $n=36$ (67%) e 17 de sexo feminino (32,5%). A média de idades de 65,13 anos, variando entre um mínimo de 38 e um máximo de 91 anos, com um desvio padrão de 10,2, o que aponta para uma importante dispersão desta variável. Salienta-se que o grupo mais elevado de participantes pertence à faixa etária dos 60 anos, como se pode ver no Gráfico 1.

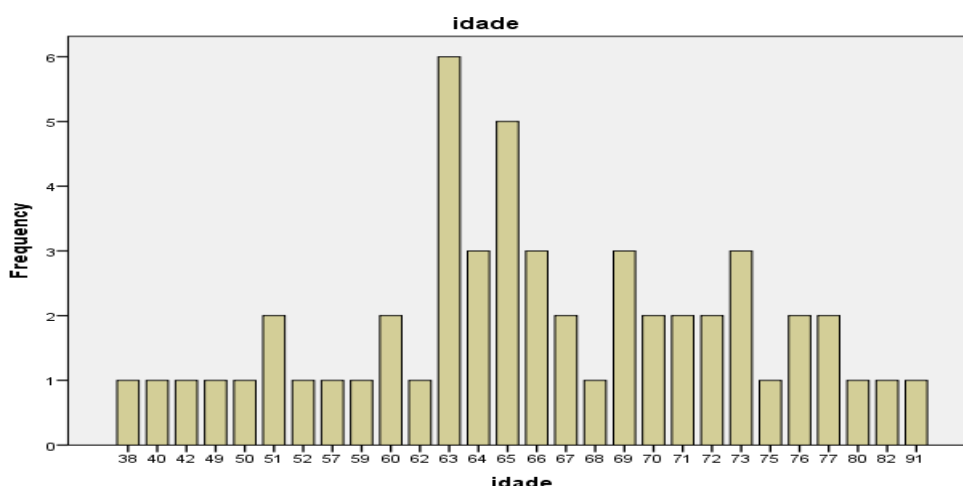


Gráfico 1- Idade dos Participantes

Esta amostra não se afasta muito do esperado, e epidemiologicamente descrito pela Direcção Geral de Saúde (2014) sobre a incidência e prevalência da doença cardíaca. Esta é mais frequente nos homens, e com uma maior incidência na faixa etária entre os 65 anos e os 79 anos. Na nossa amostra, 28 participantes (52,8%) estão nesta faixa etária. Quanto às habilitações literárias, o Ensino Básico é a habilitação que se destaca com 28 participantes (52,8%), seguindo-se, o grupo detentor do ensino secundário com 19 (35,8%), e por último, apenas 4 doentes (7,8%) têm Ensino Superior.

A identificação das habilitações académicas é relevante na medida que pode interferir com o grau de compreensão por parte dos clientes sobre o que lhes é ensinado e solicitado na realização dos exercícios propostos pela ER, bem

como com o grau de conhecimento sobre a sua situação clínica e expectativas futuras.

Cabe por isso ao ER, adequar a linguagem utilizada na explicação da situação e dos exercícios ao nível de compreensão dos clientes, de forma a ter uma maior adesão ao programa de reabilitação. Como já foi referido anteriormente estudos como os de Cutilli (2007) entre outros, referem que o grau de literacia tem importância, no que diz respeito à literacia em saúde. Ou seja, o nível de literacia influencia directamente, não só o modo como os clientes encaram a doença, mas também o nível da importância / benefício, atribuído à adesão ao tratamento e consequentemente, à importância, que dão à sua continuidade, já em regime ambulatorio. O ensino desenvolvido visa, promover a sua recuperação, a adopção de estilos de vida saudáveis e consequentemente a diminuição de reinternamentos por descompensação cardíaca.

Em relação à actividade profissional, verifica-se que a grande maioria ainda está ativo profissionalmente quando ocorre a cirurgia. Trinta e dois participantes, (59,6%) ainda exercem a sua profissão e vinte e um (40,4%) estão aposentados. No que diz respeito ao tipo de atividade exercida existe uma grande variabilidade, pertencentes maioritariamente aos setores primários e secundários.

3.2 – Resultados relacionados com o reconhecimento e identificação do enfermeiro de reabilitação

Este grupo de questões refere-se ao ponto 2 do questionário, remete em primeiro lugar para os aspetos relacionados com a identificação do ER, enquanto responsável pela sua recuperação, sendo que em caso afirmativo, deverá ser dada a continuidade ao preenchimento do questionário.

Tabela 1 - Intervenções conducentes ao reconhecimento do ER: Identificação, conhecimento do processo clínico e pedido de consentimento informado

Variável	Sim	%	Não	%	Total	N. Resp
Conhece o ER responsável pela sua recuperação	43	81,1	8	15,1	51	2 (3,8%)
O ER identifica-se e explica a razão da sua intervenção, antes de iniciar a sessão	49	92,5	1	1,9	50	3 (5,7%)
O ER demonstra conhecer o Processo Clínico e avalia a condição clínica, antes de iniciar o tratamento	48	90,6	1	1,9	49	4 (7,5%)
O ER solicita consentimento e pede colaboração	44	83	2	3,8	46	7 (13,2%)

O conjunto de questões, referidas na Tabela.1, está relacionada com as actividades que são realizadas apelo ER antes de iniciar a sessão de reabilitação e que englobam: i)a identificação do ER de referência, e a explicação da razão da sua intervenção; ii) a consulta do processo clínico e avaliação da condição clínica; iii) pedido de consentimento e colaboração para as intervenções. Podemos verificar, na Tabela.1, que 81,1% dos doentes referem conhecer o seu ER de referência.

Muito embora este valor suba para 92,5%, quanto à apresentação por parte do ER, persiste uma percentagem elevada (perto de 20%) de doentes que não referem conhecer o seu ER. Importa referir que o número de profissionais que intervém no processo de cuidados é elevado, particularmente o número de enfermeiros, o que aliado ao fato de se tratar duma experiência em meio desconhecido e cheio de estímulos novos e das mais variadas naturezas, onde se inclui a sua própria condição clínica. Por último, o elevado grau de preocupação com ela, e com o seu prognóstico, pode influenciar a persistência deste valor de não reconhecimento, uma que vez que, apenas um doente referiu que o ER não se apresentou.

A condição clínica do doente no pós-operatório imediato pode ajudar a compreender este facto, mas mesmo não sabendo referir quem é o seu ER, antes da realização da intervenção deste profissional, o cliente colabora na sessão de RFR. No que diz respeito ao ER conhecer o Processo Clínico cerca de 48 clientes respondem afirmativamente havendo apenas 1 resposta negativa,4 que não respondem.

Aparentemente, esse não reconhecimento também não influencia o reconhecimento das intervenções levadas a cabo pelo ER já que também, apenas um doente não referiu o conhecimento do ER sobre o seu processo clínico e a avaliação da sua condição clínica, que este faz antes de iniciar a sessão terapêutica. Com efeito, o conhecimento da situação clínica do cliente permite ao ER um planeamento adequado da intervenção baseado num diagnóstico de enfermagem especializado, que aliado à avaliação do estado clínico, antes do início da sessão, possibilita uma melhor adaptação da sessão a esse estado e aos objectivos pretendidos.

Em relação ao pedido de consentimento antes de iniciar a sessão, 83% dos doentes referem que o enfermeiro solicita sempre o seu consentimento. Em sentido contrário 2 doentes afirmam que este consentimento não é solicitado e 7 não respondem. O fato de existirem clientes que respondem negativamente e outros que não responderam pode estar relacionado com a forma como é solicitado, num ambiente numa certa informalidade e integração na relação quotidiana entre o ER e o doente. Este resultado pode, por isso, traduzir a pouca formalidade do pedido e a sua integração tácita na abordagem ao doente no âmbito da interacção que se estabelece, ou seja o ER informa e solicita a colaboração do cliente, podendo este dar o seu acordo de uma forma informal, ou num momento pós cirúrgico muito precoce, em que a multiplicidade de estímulos podem levar a que não se recorde, de forma explícita, desta fase da intervenção.

Tal como, referem Chong et al, (2006), como por exemplo o explícito, em que o doente dá o seu consentimento quer oral ou escrito, o implícito em que o doente é informado e não emite uma opinião formal mas acede em colaborar no tratamento. Neste caso o que melhor se aplica, no intuito de explicar o tipo a resposta dos doentes, é o consentimento sobre a forma de *Comunicação*. Para estas autoras, este tipo de consentimento, resulta da intervenção da enfermeira, ou seja a enfermeira enquanto membro da equipa de saúde, dá resposta às necessidades dos utentes usando a linguagem que o cliente possa entender. Ele/ela encoraja o cliente/parente para expressar sentimentos e para falar sobre preocupação, medo, raiva e ansiedades. Como um defensor do

cliente, a enfermeira assegura que o tempo adequado é dado para o cliente a considerar a escolha do tratamento. Chong et al (2006)

3.3- Intervenção específica do enfermeiro de reabilitação

Neste conjunto de questões pretende aferir até que ponto o cliente identifica e reconhece um conjunto de intervenções e exercícios específicos do ER, inerentes ao processo de reabilitação na pessoa submetida a cirurgia cardíaca. Os resultados obtidos estão divididos por categorias de acordo com a natureza e os objetivos, dos intervenientes.

Como se pode observar na tabela 2, e no que diz respeito á intervenções a nível do sistema respiratório, a maioria dos clientes (entre 84,9% e 90,6%) considera que a ER realizou as intervenções destinadas a ajudar a consciencializar e separar os tempos respiratórios, mobilização dos membros superiores com o objectivo de o ajudar a respirar e lhe foi feito ensino sobre inspiração e expiração de forma a melhorar o controlo da respiração e facilitar a libertação das secreções e sobre a contenção e protecção da sutura operatória.

Tabela 2 - Intervenções de ER a nível do sistema respiratório

Intervenções	Sim	%	Não	%	Total	N. Resp
Consciencialização dos tempos respiratórios	46	86,8%	—	—	46	7 (13,2%)
Controlo da respiração	48	90,6%	1	1,9%	49	4 (7,5%)
Mobilização dos membros superiores	45	84,9	4	7,5	49	4 (7,5%)
Protecção da sutura durante a tosse	46	86,8	1	1,9	47	6 (11,3%)

. Com isto, o doente reconhece algumas das intervenções mais importantes do ER no exercício das suas competências, em concreto, na promoção das suas capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado, nesta situação específica, e que é preconizada pela Ordem dos Enfermeiros;

Também Suaya et al (2007) refere que a participação em programas de reabilitação tem impacto, entre outros, no controlo dos factores de risco, que no

caso específico, das pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, existem em muitas áreas mas, particularmente ao nível respiratório.

Como se pode constatar na tabela 3, a maioria dos doentes identifica que foram realizados pelo ER apresenta os resultados conducentes à realização de exercícios motores que compreendem a mobilização dos membros superiores e inferiores, exercícios de fortalecimento muscular, marcha e protecção da sutura

Tabela 3 - Intervenções de ER a nível da reabilitação motora

Intervenções	Sim	%	Não	%	Total	N. Resp
Mobilização dos membros inferiores	44	83,0	3	5,7	47	6 (11,3%)
Reeducação do esforço, treino de carga, equilíbrio e marcha	41	77,4	5	9,4	46	7 (13,2%)

Com se pode constatar na tabela 3, a maioria dos doentes identifica que foram realizadas pelo ER intervenções ao nível da reabilitação motora ainda que, em percentagens, ligeiramente inferiores às intervenções ao nível do sistema respiratório (77,4% e 83%). Este resultado, pode eventualmente ser explicado, pela menor predisposição dos doentes para realização dos exercícios motores, em relação aos respiratórios, devido à cirurgia em si e à dor e desconforto a ela associada.

No processo de reabilitação é fundamental obter a adesão aos programas instituídos, condição indispensável ao seu sucesso. Os enfermeiros de reabilitação desempenham, reconhecidamente, um papel determinante, estimulando o doente a motivar-se para a adesão à reabilitação (Tyrrel et al, 2012), reabilitação essa, que não pode acontecer apenas nos momentos em que o enfermeiro de reabilitação está presente, nem apenas no contexto hospitalar, pelo que este desempenha igualmente um papel determinante na continuidade desses cuidados (O'Connor, 2000 citado por Pryor 2005).

Como se pode ver na tabela 4 as intervenções relacionadas com a adesão e continuidade do programa de reabilitação, nomeadamente a adaptação do programa de reabilitação à condição clínica e tolerância do cliente, bem como o

ensino sobre os exercícios a realizar ao longo do tempo de internamento e a sua monitorização foram referidos pela maioria dos clientes, em percentagens muito altas (entre 86,8% e 90,6%)

Tabela - 4 Intervenções relacionadas com adaptação/correção e manutenção dos exercícios

Variável	Sim	%	Não	%	Total	N/Resp.
Adapta sessão	48	90,6	-	-	48	5 (9,4%)
Ensino Repetição	48	90,6	1	1,9	49	4 (7,5%)
Ensino Correção	46	86,8	1	1,9	47	6 (11,3%)

Já na tabela 5 são apresentados os resultados obtidos relativamente às questões especificamente relacionadas com a preparação da alta, cada vez mais reconhecida como uma área de intervenção fundamental do ER, o que é coerente com o estudo de Doering, Mcguire e Rourke (2002) que revela que os doentes submetidos a cirurgia cardíaca valorizam a antecipação das suas necessidades, o que é determinante num regresso a casa seguro e com confiança. Nesta tabela pode verificar-se que a maioria dos clientes (variando entre 81,1% e 88,7%) identifica estas intervenções realizadas pelo ER, na preparação para a alta, precisamente um dos acontecimentos críticos no processo de reabilitação destas pessoas.

Tabela 5 - Intervenções de ER ao nível da preparação para a alta

Intervenções	Sim	%	Não	%	Total	N. Resp
Preparação precoce e ao longo do internamento	47	88,7	2	3,8	49	4 (7,5%)
Disponibilidade para ouvir problemas e limitações	47	88,7	1	1,9	48	5 (9,8%)
Consideração das limitações e necessidades	46	86,8	1	1,9	47	6 (11,3%)
Articulação com os outros elementos da equipa	45	84,9	-	-	45	8 (15,1)
Educação sobre exercícios motores e respiratórios	47	88,7	1	1,9	48	5 (9,4%)
Educação sobre alimentação, actividade física, lazer e complicações	43	81,1	2	3,8	45	8 (15,1%)
Articulação com serviços/profissionais da comunidade	45	84,9	-	-	45	8 (15,1%)

3.4 – Importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação na recuperação do doente

No que diz respeito à importância atribuída à intervenção do ER na sua recuperação verifica-se que todos os clientes que responderam a esta questão (92,5%) consideram importante a intervenção do ER na sua recuperação.

A nível de resultados, no que diz respeito ao grau de importância da intervenção do ER para a recuperação do doente, a variável tem uma resposta tendencialmente elevada cuja média é de 8,4 distribuindo-se entre o valor mínimo de 5 e o máximo de 10, com um desvio padrão é 1,43. Na tabela 6 é de assinalar que a distribuição se acentua nas pontuações 8, 9 e 10, sendo a mediana coincidente com a moda (10). Não responderam 3 participantes.

Tabela 6- Grau de importância da intervenção do ER na recuperação do cliente submetido a cirurgia cardíaca

Grau Importância		Freq.	%
Valores da escala	5	3	5,7
	6	2	3,8
	8	10	18,9
	9	10	18,9
	10	25	47,2
	Total	50	94,3
Não respondeu		3	5,7
Total		53	100,0

3.5 - Qualidade de cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação

Quanto à avaliação da qualidade de cuidados recebidos, e na perspectiva do cliente, verifica-se que a variável tem uma média elevada de 9,1 distribuindo-se à semelhança da anterior entre o valor mínimo de 5 e o máximo de 10, com um desvio padrão de 1,28.

Na tabela 7 verifica-se que a distribuição se acentua, igualmente, nas pontuações 8, 9 e 10 sendo mais uma vez a mediana coincidente com a moda no valor de 10 pontos. Não responderam 6, (11,3%) participantes.

Tabela 7- Qualificação da qualidade dos cuidados recebidos

Grau Importância		Freq.	%
Valores da escala	5,00	2	3,8
	6,00	1	1,9
	7,00	1	1,9
	8,00	7	13,2
	9,00	11	20,8
	10,00	25	47,2
	Total	47	88,7
Não respondeu		3	6
Total		53	53

4- RESULTADOS DA ANÁLISE DE VARIÂNCIA OU ANÁLISE CORRELACIONAL

4.1- Influência das variáveis independentes no grau de importância e na qualidade de cuidados

Nesta parte faz-se a análise da influência das variáveis independentes no grau de importância do ER para a recuperação e na qualidade de cuidados

4.1.1- Influência das habilitações académicas, no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida, dos cuidados

A influência das Habilitações Académicas dos clientes nas variáveis dependentes *Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e Qualidade de cuidados* e tendo por base uma perspetiva descritiva, pode verificar-se pela análise da tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das médias e desvios-padrão das diferentes habilitações literárias relativamente ao Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à Qualidade de cuidados

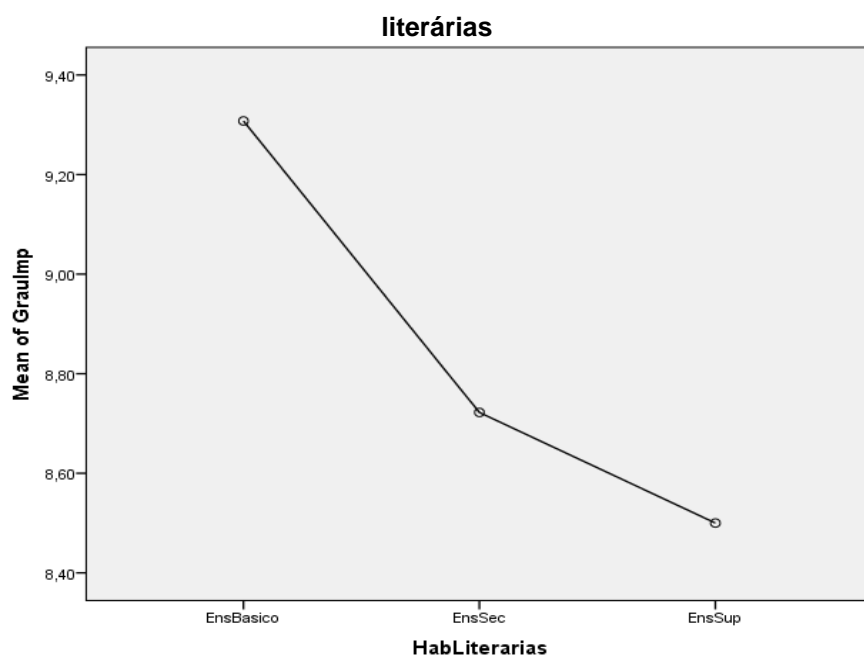
Variáveis		N	Médias	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de importância atribuído às intervenções do ER	Ens.Básico	26	9,3077	1,04954	6,00	10,00
	Ens.Secundário.	18	8,7222	1,56452	5,00	10,00
	Ens.Superior.	4	8,5000	2,38048	5,00	10,00
	Total	48	9,0208	1,39130	5,00	10,00
Qualidade de Cuidados	Ens.Básico	24	9,5417	,72106	8,00	10,00
	Ens.Secundário	17	9,0000	1,22474	6,00	10,00
	Ens.Superior	4	8,2500	2,21736	5,00	10,00
	Total	45	9,2222	1,14592	5,00	10,00

Nesta tabela 8 e no que diz respeito à avaliação do grau de importância das intervenções do enfermeiro de reabilitação a comparação das médias dos diferentes subgrupos amostrais em função do tipo de formação académica, varia entre os valores 5 e 10, sendo que os valores médios do grau de importância descem à medida que as habilitações académicas aumentam. A

variação entre grupos, mesmo considerando as grandes diferenças no número de elementos de cada grupo, não é muito expressiva, mas pode constatar-se esta tendência, ou seja, quanto mais qualificados, academicamente, são os clientes maior é a exigência da qualidade, sendo que o reconhecimento do grau de importância dos cuidados diminui, ainda que ligeiramente. Cutilli (2007), refere-se precisamente à grande importância que o nível de literacia na saúde tem no reconhecimento dos ganhos em saúde, afirmando que “um bom nível de literacia possibilita uma melhor capacitação e envolvimento do cidadão no seu processo de cuidados” o que pode também permitir um maior conhecimento do que pode esperar da intervenção do ER e dos outros profissionais enquanto equipa, e individualmente.

De assinalar, no entanto, que apesar desta tendência os resultados podem ser considerados muito positivos, uma vez que o reconhecimento da importância é bastante elevado como se pode constatar no gráfico 2, onde as médias se situam em valores acima de 8,5, com uma média global de 9,02, apesar de haver algumas respostas com um mínimo de 5 pontos conforme se referiu anteriormente.

2 – Distribuição do grau de importância médio atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e as habilitações

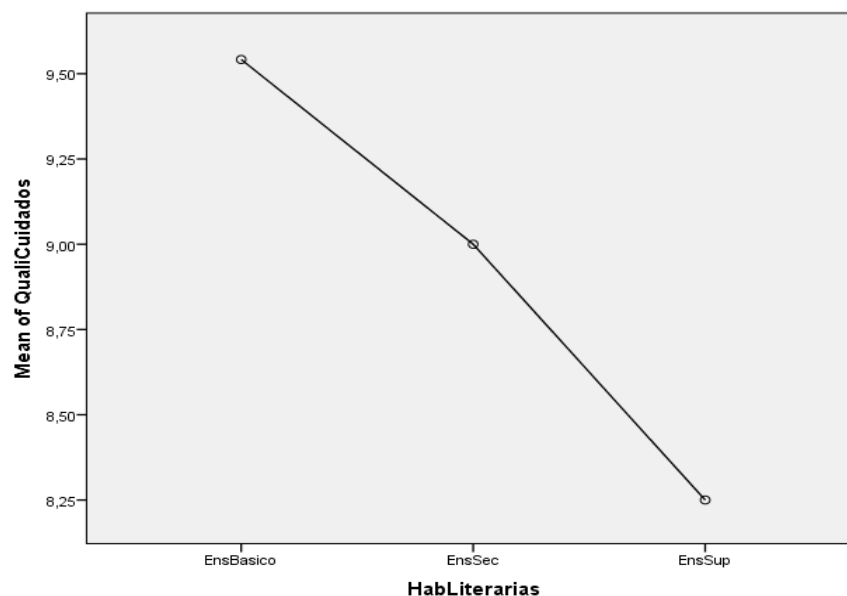


Com efeito, este valor elevado era expectável e coerente com o estudo de Doering, Mcguire e Rourke (2002) que aponta, precisamente, para a valorização pelas pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, entre outros aspetos, da conduta e comportamento dos profissionais. Os enfermeiros de reabilitação dirigem a sua intervenção precisamente para algumas das categorias da recuperação aí referidas: o desconforto físico e os cuidados de enfermagem o que reforça a importância alta que agora se encontrou.

No que diz respeito à avaliação da qualidade dos cuidados percebida pelos clientes na mesma tabela (tabela 8), a tendência de resposta é similar, ou seja esta é mais valorada nos participantes com habilitações mais baixas, estando os valores pontuados na escala compreendidos nos diferentes grupos entre 5 e 10. Nesta tabela e no que diz respeito à distribuição das médias dos diferentes subgrupos amostrais, a avaliação qualidade dos cuidados tem valores médios bastante elevados entre 8,25 e 9,54 o que aponta para o reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados pelo ER.

No gráfico 3 podem ver-se a tendência anteriormente descrita.

Gráfico 3 – Distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e as habilitações literárias



Apesar das diferenças pouco expressivas, pode concluir-se que os clientes com maior diferenciação, e com melhor acesso ao conhecimento e à informação parecem ter, progressivamente, uma maior exigência, quer a nível

do reconhecimento da importância das intervenções do ER na sua recuperação, quer em relação à qualidade percebida, dos cuidados.

No sentido de apurar se as tendências anteriormente descritas sobre o efeito das habilitações académicas na importância e na qualidade dos cuidados eram estatisticamente significativas realizou-se a análise de variância e a comparação de médias pelo teste Anova *one way*.

Na tabela 9 podem ver-se as médias e a respetiva significância, havendo a salientar a influência, marginalmente significativa das habilitações académicas na avaliação da qualidade de cuidados, com um valor de $p = 0,063$. De acordo com Cohen (1994) podem, com cautela, aceitar-se como significativos valores de $p \leq 0,08$, em amostras de pequena dimensão, como é o caso.

Já no que se refere ao grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação, o teste aponta para a inexistência de influência significativa das habilitações académicas na importância atribuída, pelo que, apesar da tendência de resposta identificada, com diminuição dos clientes com maior habilitação literária, os grupos não diferem entre si, de forma estatisticamente significativa.

TABELA 9 - Influência das Habilitações Literárias no Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados - diferença de médias e respetiva significância

Variáveis		n	H. Literárias	Médias	F	Sig. p
Grau de importância atribuído às intervenções do ER	Between Groups	4	Ensino Superior	8,5000	1,261	,293
	Within Groups	18	Ensino Secundário	8,7222		
		26	Ensino Básico	9,3077		
Qualidade Cuidados	Between Groups	4	Ensino Superior	8,2500	2,928	,063*
	Within Groups	17	Ensino Secundário	9,0000		
		24	Ensino Básico	9,5417		

*Anova teste significativo ($p \leq 0,08$) amostras de pequena dimensão (Cohen, 1994)

4.1.2- Influência do grupo etário no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida, dos cuidados

No que se refere à idade e para uma melhor análise a amostra foi dividida em três grupos etários. O grupo 1 compreende a faixa etária até aos 59 anos; o grupo 2 compreende a faixa etária entre os 60 e os 69 anos e o grupo 3 inclui os clientes com mais de 70 anos.

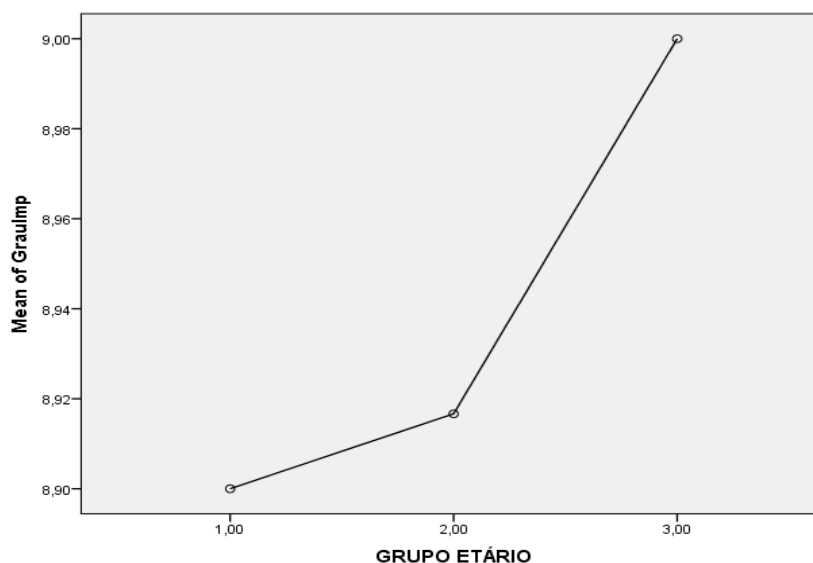
Tabela 10 – Distribuição das médias e desvios-padrão dos diferentes grupos etários relativamente ao Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à Qualidade de cuidados

Variáveis		n	Médias	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de importância atribuído às intervenções do ER	G 1	10	8,9000	1,28668	6,00	10,00
	G 2	24	8,9167	1,55806	5,00	10,00
	G 3	16	9,0000	1,41421	5,00	10,00
	Total	50	8,9400	1,43442	5,00	10,00
Qualidade de Cuidados	G 1	9	9,0000	1,65831	5,00	10,00
	G 2	23	9,0000	1,34840	5,00	10,00
	G 3	15	9,3333	,97590	7,00	10,00
	Total	47	9,1064	1,28932	5,00	10,00

Analisando os resultados na tabela 10, e tendo em conta os diferentes grupos etários, verifica-se que não existem valores muito discrepantes, havendo a salientar a existência de valores médios bastante elevados. As tendências de resposta podem ser confirmadas nos gráficos 4 e 5.

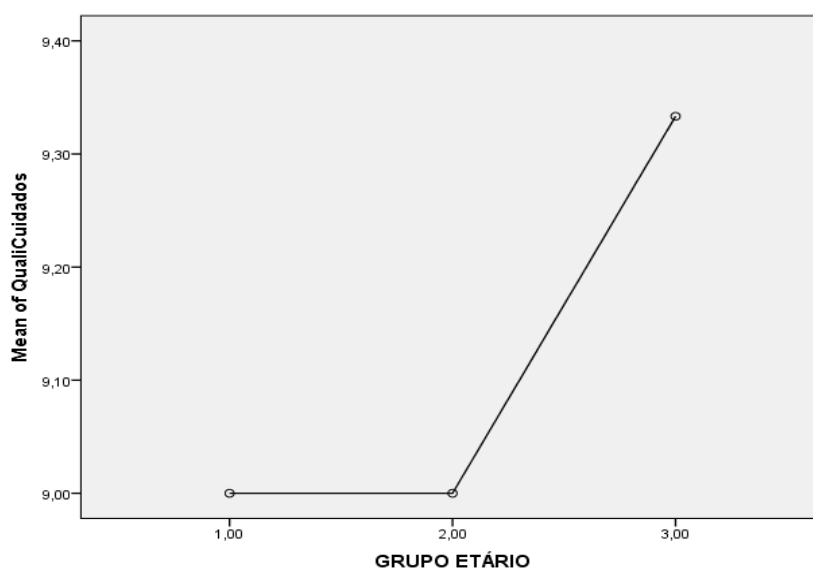
No gráfico 4 é possível verificar um aumento do reconhecimento da importância do ER na recuperação à medida que a idade avança, embora como referido com valores muito similares e tendencialmente elevados em todos os grupos etários

Gráfico 4 – Distribuição do grau de importância médio atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e o grupo etário



No gráfico 5 pode verificar-se que as relações das médias mantêm-se estáveis nos grupos etários mais novos, aparentando um aumento no grupo etário pertencente ao grupo de clientes mais idoso. Estes valores vêm corroborar o que foi dito anteriormente, ou seja os grupos etários com maior idade valorizam mais estes dois aspetos, consideram-nos de extrema importância para a sua recuperação.

Gráfico 5 – Distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e o grupo etário



Quanto à análise da variância e pelo teste comparação de médias *Anova oneway*, verifica-se que apesar das tendências descritas, estas não são significativas, ou seja não existem diferenças estatisticamente significativas, decorrentes do grupo etário, no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade de cuidados, conforme se pode ver na tabela 11.

TABELA 11 - Influência do Grupo Etário no Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados - diferença de médias e respetiva significância

Variáveis		n	Grupo Etário	Médias	F	Sig. p
Grau de importância atribuído às intervenções do ER	Between Groups	10	1	8,9000	,020	,980
	Within Groups	24	2	8,9167		
		16	3	9,0000		
	Total	50		8,9400		
Qualidade de Cuidados	Between Groups	9	1	9,0000	,331	,720
	Within Groups	23	2	9,0000		
		15	3	9,3333		
	Total	47		9,1064		

4.1.3 – Influência do género no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida, dos cuidados

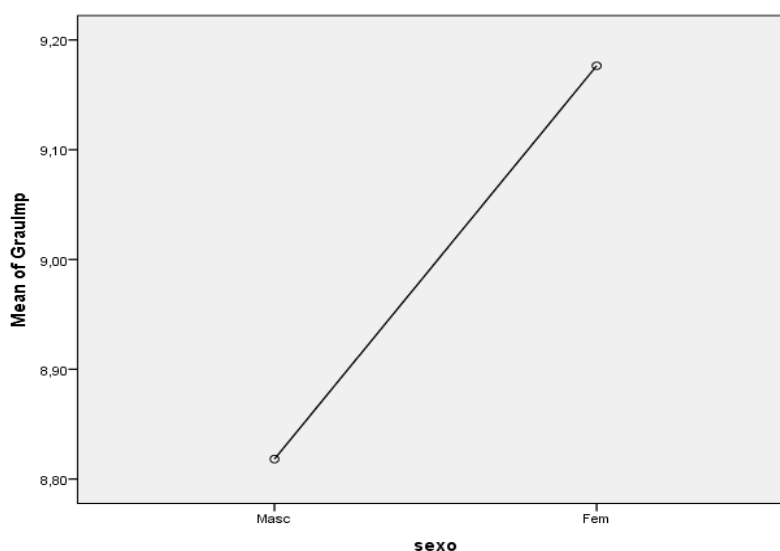
Quanto à influência do género nas variáveis dependentes enunciadas e embora com médias tendencialmente elevadas em ambos os géneros, como se pode ver na tabela 12, os géneros distinguem-se, favoravelmente no caso das mulheres relativamente no grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na qualidade percebida, dos cuidados

Tabela 12 – Distribuição das médias e desvios-padrão dos diferentes géneros relativamente ao Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e à Qualidade de cuidados

		n	Médias	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Grau de importância atribuído às intervenções do ER	Masc	33	8,8182	1,50944	5,00	10,00
	Fem	17	9,1765	1,28624	5,00	10,00
	Total	50	8,9400	1,43442	5,00	10,00
Qualidade Cuidados	Masc	32	9,0313	1,35562	5,00	10,00
	Fem	15	9,2667	1,16292	6,00	10,00
	Total	47	9,1064	1,28932	5,00	10,00

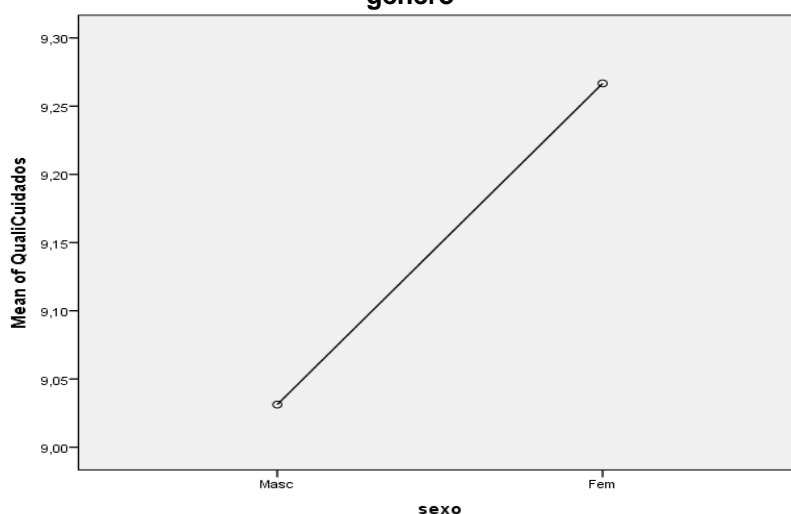
No que se refere ao valor atribuído, o intervalo de variação situa-se entre os valores 5 e 10 pontos. As diferenças, em termos descritivos, apesar de pouco acentuadas podem ser observadas nos gráficos 6 e 7.

Gráfico 6 - Distribuição do grau de importância médio atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e o género



Como se pode verificar no gráfico 6, a média relacionada com o Grau de importância é mais evidente na população do género feminino que no masculino. O mesmo acontece no gráfico 7 onde mais uma vez o género feminino avalia mais positivamente a qualidade dos cuidados recebidos.

Gráfico 7 – Distribuição da qualidade média percebida, dos cuidados e o gênero



Já no que se refere, concretamente, à análise da variância não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os géneros masculino e feminino na avaliação que fazem das variáveis dependentes grau de importância e qualidade, conforme se pode ver na tabela 13, com os níveis de p encontrados não são significativos. Ou seja os homens e as mulheres avaliam de forma idêntica quer o grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação, quer a qualidade dos cuidados recebidos. Como nos refere o estudo realizado por Blizzard (2002) acerca da satisfação e qualidade dos cuidados em doentes tratados em varias especialidades incluindo a cirurgia, é revelador de que na sua maioria as mulheres estão mais satisfeitas que os homens em relação aos cuidados recebidos,

Tabela 13 - Influência do Género no Grau de importância atribuído às intervenções do ER na sua recuperação e na Qualidade dos cuidados - diferença de médias e respetiva significância

Variáveis		N	Género	Médias	F	Sig.
Grau Importância	Between Groups	33	Masc	8,8182	,696	,408 ns
	Within Groups	17	Fem	9,1765		
	Total	50		8,9400		
Qualidade de Cuidados	Between Groups	32	Masc	9,0313	,336	,565 ns
	Within Groups	15	Fem	9,2667		
	Total	47		9,1064		

4.2 – Análise qualitativa dos comentários realizados pelos doentes

A análise qualitativa integra este trabalho como um apontamento relativo, e conforme já referido, à questão aberta, na qual se deu oportunidade aos clientes para expressarem a sua opinião ou fazerem algum comentário sobre o processo de cuidados. Os referidos comentários permitiram, na visão deste, algum aprofundamento sobre a intervenção do ER e mesmo *feedback* sobre os resultados obtidos.

O tratamento da informação teve por base Bardin (2014) e foi organizado conforme descrito pela autora em *Unidade de Registo*, a unidade de significação mais pequena, ou seja a unidade base, que permite posteriormente a organização em *Unidade de Contexto*, como unidade de compreensão de dimensão superior ou categoria que serve para codificar a unidade de registo. Finalmente a Unidade de Contexto é integrada num *Tema*, o que significa que o investigador nesta fase se liberta do texto e utiliza a teoria e o conhecimento que serve de base à análise onde se destaca o sentido e a significação e não tanto da forma.

Assim, e no que se refere à análise e exploração dos dados qualitativos, apresentam-se as principais contribuições dadas pelos clientes conforme se verá na tabela síntese. Estas são de natureza diversa, mas que vão de encontro à satisfação das suas necessidades, dos medos e dúvidas inerentes à cirurgia, recuperação, e à perspetiva de futuro mas também ao reconhecimento que a intervenção do ER tem na sua recuperação.

Estes comentários, são facilmente enquadráveis, nos resultados obtidos no estudo de Doeringm, Mcguire e Rourke (2002) acerca da expectativa, dos doentes em relação á sua recuperação. Segundo estes autores, os doentes focam a sua recuperação em quatro aspetos: desconforto físico, cuidados de enfermagem e alteração da imagem corporal. Referem ainda que em relação aos prestadores de cuidados (médicos e enfermeiros), estes devem ter uma conduta e comportamento profissional, boa capacidade de comunicação e devem antecipar as necessidades dos doentes.

Conduta e comportamento profissional

A ER ajuda a perceber os sintomas

O ER no seu desempenho, demonstra comportamentos e condutas profissionais que fazem com que este tenha uma intervenção importante para o cliente a nível da compreensão e controle de sintomas, no alívio da dor e promoção do conforto, o que faz com que tenha um papel de relevo na sua recuperação. Esta dimensão é clara no comentário *“A Enfermeira que tratou de mim foi muito atenta e ajudou-me a perceber melhor a minha situação (...)”*Q 1.

Mais concretamente no que diz respeito à dor após a cirurgia, tantas vezes inibidora da actividade e da adesão ao programa de reabilitação, esta acção foi percebida pelos clientes quando afirmaram: *“no início sentia muita falta de ar, respirava muito depressa, a minha enfª de reabilitação explicou-me (...)”*Q24 ou quando outro cliente reconheceu que *“estava com medo de me mexer por causa da dor, mas depois a enfermeira explicou como devia fazer, comecei a fazer...”*Q16.

A ER diminui o desconforto físico

Esta é, sem dúvida, uma dimensão importantíssima da acção da Enfermagem de Reabilitação. É fundamental para a adesão a programas de reabilitação criando condições objectivas para a sua concretização. A afirmação *“(...)e ensinou-me como deveria fazer : como controlar a respiração, as respirações profundas e isso ajudou a melhorar o meu cansaço”* Q24, vem precisamente neste sentido de melhorar a condição global da pessoa em fase de recuperação. Mesmo quando o desconforto só pode ser minimizado como afirma outro cliente: *“(...) pois ajudaram-me na fase inicial a seguir à cirurgia, como respirar, quais os movimentos que podia fazer,(...)”* Q10. De qualquer modo, os resultados não deixam de ser reconhecidos: *“não senti dor ou desconforto e até me fez bem, (...)”*Q28

A ER é relevante para a recuperação

Sem prejuízo da concretização da importância do papel da ER nas dimensões anteriores, o seu impacto na recuperação das pessoas após cirurgia cardíaca

foi expresso, em concreto por alguns clientes quando afirmam, genericamente, que *“as ER são muito competentes, considero o seu trabalho uma mais-valia para a nossa recuperação”*Q9, ou *“excelente profissional preocupada como o nosso bem estar e recuperação (...)”* Q44 ou ainda *“considero de extrema importância haver este tipo de intervenção, trabalham com grande qualidade e dedicação”* Q45.

Comunicação

A ER promove um ambiente favorável à recuperação

É inegável que as competências comunicacionais são indispensáveis ao sucesso de qualquer intervenção e muito embora o ER seja reconhecido como um profissional com uma intervenção directa no alívio dos sintomas e do desconforto e na recuperação do cliente, não deixa de ser esperado, tal como referem Tyrrel et al (2012), a evidência dum papel de “encorajador, confidente e que estimula o doente a motivar-se para a adesão à reabilitação”. Também o já referido O’Connor (2000) aponta que a contribuição dos enfermeiros para com os doentes, em reabilitação, é facilitada por um ambiente amigável e relaxado na enfermaria, onde estes profissionais têm o tempo necessário para trabalhar com os doentes. É neste contexto que se podem entender afirmações como: *“são cinco estrelas, simpáticas muito competentes e trabalham muito bem”* Q39 ou se referem às suas competências *“para além de simpáticas e atenciosas(...)”* Q 30

Antecipação das necessidades

Esta dimensão surge como uma das mais importantes no processo de recuperação particularmente quanto ao reforço da confiança no progresso, com particular relevância na preparação do regresso a casa, revelando assim que o ER é reconhecido como um cuidador eficaz e preocupado com o bem-estar e capacitação do doente a recuperar de uma cirurgia cardíaca.

Como já referimos as suas intervenções são desenvolvidas no quadro dum processo transicional em que há uma alteração no estado de saúde, no papel das relações, expectativas e ou nas habilidades que requer que a pessoa

incorpore o novo conhecimento, altere o seu comportamento e consequentemente haja uma alteração na definição do indivíduo (Meleis 1991).

A cirurgia cardíaca determina algumas alterações, no que diz respeito à mudança de comportamentos, estilos de vida, situação profissional e papel social e familiar. O ER tem, assim, um papel fundamental na capacitação desta pessoa na medida que lhe pode fornecer, não só a motivação mas também, estratégias objectivas que o ajudam a compreender a situação que está a viver e perspectivar o futuro em termos das suas capacidades e da gestão eficaz das suas limitações.

A ER promove a confiança

A confiança é fundamental para o sucesso de um programa de reabilitação, por um lado, pela compreensão da situação, desmistificando receios e mitos, que atrasam ou impedem a recuperação, como se pode induzir da expressão “(...)perdi o medo e recuperei mais depressa (...)” Q10 ou “(...) realizam um trabalho com muito valor, pois esclarecem duvidas sobre o nosso futuro (...)” Q30 que a reforça “(...) o que podemos fazer e não fazer e assim vamos mais confiantes para casa.” Q30, em que é clara a perspectiva já referida quanto à preparação para uma transição segura e bem conseguida.

A ER prepara o regresso a casa

O regresso a casa, surge neste processo como um momento crítico, em que se sai do ambiente protegido do hospital, para enfrentar o quotidiano, o futuro, nas condições objectivas em que este se vai materializar. Os receios intensificam-se, a incerteza sobre o que se pode e não pode fazer, como agir em caso de necessidade. É reconhecido por muitos autores como um momento particularmente importante, no processo de reabilitação e, nos comentários obtidos revelou-se como um dos aspectos mais referidos quanto ao papel dos enfermeiros de reabilitação.

Este processo inicia-se mesmo quando o regresso a casa ainda não tem data marcada, procurando-se um progressivo aumento de autonomia com vista ao

futuro, como se pode ver na expressão: *“estou muito agradecida as Sras. Enfas pois ajudaram-me a recuperar o andar e assim irei melhorzinha para casa”* Q42 ou na motivação *“só tenho a agradecer pelo trabalho de qualidade que realizaram comigo, a vossa persistência fez com que eu na desanimasse e agora tenha alta”* Q47 ou ainda no conhecimento sobre os comportamentos necessários para uma transição de sucesso: *“continuem com o vosso trabalho, pois este é muito bom, pois ensinaram-me não só a respirar, mas também quais os cuidados a ter em casa com alimentação, exercício etc.,(...)”* Q18

De seguida, na tabela 15, apresenta-se em síntese os resultados das asserções dos clientes categorizados conforme se explicitou anteriormente.

Tabela 14 - Síntese dos Comentários dos Doentes: Análise de Conteúdo

Tema	Unidade de Contexto	Unidades de Registo
Conduta/ Comportamento Profissional	a) O ER ajuda a perceber os sintomas	<p>“A Enfermeira que tratou de mim foi muito a tenta e ajudou a perceber melhor a minha situação (...)”, Q1</p> <p>“no inicio sentia muita falta de ar, respirava muito depressa a minha enfª de reabilitação explicou-me(...)” Q24</p> <p>“foram fantásticas, pois ajudaram-me na fase inicial a seguir à cirurgia, como respirar, quais os movimentos que podia fazer,(...)” Q10</p>
	b) O ER diminui o desconforto físico	<p>“(...)e ensinou-me como deveria fazer : como controlar a respiração, as respirações profundas e isso ajudou a melhorara o meu cansaço” Q24</p> <p>“Foram fantásticas, pois ajudaram na fase inicial a seguir à cirurgia, ensinaram-me como respirar, quais os movimentos que podia fazer, (...)” Q10</p> <p>“estava com medo de me mexer por causa da dor, mas depois a enfermeira explicou como devia fazer, comecei a fazer...” Q16,</p> <p>“ não senti dor ou desconforto e até me fez bem, (...)” Q28</p>

	c) O ER é relevante para a recuperação	<p>“excelente profissional preocupada como o nosso bem estar e recuperação obrigada por tudo” Q44</p> <p>“considero de extrema importância haver este tipo de intervenção, trabalham com grande qualidade e dedicação” Q45</p>
Comunicação	d) O ER um ambiente favorável à recuperação	<p>“ as ER são muito competentes, considero o seu trabalho uma mais valia para a nossa recuperação” Q9</p> <p>“ são cinco estrelas, simpáticas muito competentes e trabalham muito bem”. Q39</p> <p>“ para além de simpáticas e atenciosas(...)” Q 30</p>
Antecipação das Necessidades	<p>e)O ER promove a confiança</p> <p>f) O ER prepara o regresso a casa</p>	<p>“(…)perdi o medo e recuperei mais depressa (....)” Q10</p> <p>“(…) realizam um trabalho com muito valor, pois esclarecem duvidas sobre o nosso futuro, (...)” Q30</p> <p>“(…) considero importante a sua atuação pois vou melhor casa.” Q1</p> <p>“ continuem com o vosso trabalho, pois este é muito bom, pois ensinaram-me não só a respirar , mas também quais os cuidados a ter em casa com alimentação, exercício etc.,(...)”Q18</p> <p>“(…) o que podemos fazer e não fazer e assim vamos mais confiantes para casa.” Q30</p> <p>“estou muito agradecida as Sras. Enf^{as} pois ajudaram-me a recuperar o andar e assim irei melhorzinha para casa” Q42</p> <p>“ só tenho a agradecer pelo trabalho de qualidade que realizaram comigo, a vossa persistência fez com que eu na desanimasse e agora tenha alta” Q47</p>

5- DISCUSSAO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo, vêm mostrar que os doentes reconhecem e valorizam a intervenção do ER quer a nível da qualidade dos cuidados recebidos, quer na importância para a sua recuperação. Em consonância com o estudo de Doering, Anthony e Rourke (2002), 92,5% dos doentes consideram importante a intervenção do ER, percebem o cuidado como uma responsabilidade do enfermeiro, estes descrevem os cuidados de enfermagem como sendo especializados e o enfermeiro o profissional que *dispensa* tempo a ensinar os doentes.

Também em relação à qualidade dos cuidados recebidos os doentes consideram que a qualidade é muito boa, qualificando-a em de 9,1 numa escala de 0 a 10. Como refere a OE (PQCER), o ER procura permanentemente no seu exercício profissional os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (...) desenvolvendo processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a integração na sociedade.

A análise da influência das variáveis independentes, como as Habilitações Literárias constatou-se, que apesar da avaliação da qualidade e da importância da intervenção do ER ser elevada, são visíveis, algumas diferenças entre os vários níveis académicos. Os doentes com maior diferenciação académica dão um valor ligeiramente inferior, relativamente aos doentes que possuem apenas o Ensino Secundário e o Ensino Básico quanto à qualidade dos cuidados e à importância para a sua recuperação.

Pode concluir-se que quanto maior o conhecimento maior a exigência nos resultados pretendidos. Estes resultados vão de encontro ao referido por Weiss (2007), salientando que os doentes com baixo índice de literacia, têm menor capacidade de compreensão no que diz respeito à medicação prescrita, forma de a tomar, datas de consulta. Refere ainda que este baixo índice de literacia tem implicações na forma como compreendem o diagnóstico e tratamento, e desenvolve sentimentos em que se sente ignorado e ou apressado.

Já o estudo de Cutilli (2005) conclui que a informação ao doente tem que ser dada de forma a garantir que este a compreenda na íntegra indo ao encontro do seu nível de literacia.

Nesta estudo de facto assinala-se a importância das habilitações académicas, pois pela análise de variância – ANOVA *oneway*, pode verificar-se que o valor da significância (p) é de,065, o que aponta para a existência de diferenças que estatisticamente válidas (Cohen 1994).

Já em relação à comparação entre os grupos etários constituídos, e mais uma vez a importância da intervenção do ER na recuperação e em relação à qualidade dos cuidados, verifica-se que os grupos etários correspondentes a doentes mais jovens avaliam num valor ligeiramente inferior, na ordem dos 8,9 e 8,91 em 10 pontos; e o grupo pertencente aos mais idosos que pontua ligeiramente superior, 9,33 em 10 pontos, ainda que não traduza num valor de variância significativo.

Quando comparamos o grau de importância e a qualidade dos cuidados pela influência do género, verificamos que os elementos do sexo feminino dão uma maior valoração 9,17 no grau de importância e 9,27 na qualidade de cuidados recebida relativamente aos doentes do sexo masculino que as pontuam de forma ligeiramente menos positiva (8,81 e 9,03 respetivamente): Ainda assim o grau de significância é não valorizável que é consistente com o estudo realizado por Blizzard de (2002) acerca da satisfação e qualidade dos cuidados em doentes tratados em várias especialidades incluindo a cirurgia revela que na maioria as mulheres estão mais satisfeitas que os homens em relação aos cuidados recebidos, ainda que com uma diferença ser mínima.

A análise da informação retirada, dos comentários realizados pelos doentes veio, por um lado, consolidar os resultados quantitativos, e por outro reforçar as dimensões consideradas relevantes pelos doentes no papel do ER, nomeadamente a conduta e comportamento profissional, a comunicação e antecipação das necessidades que vão de encontro com as competências do EER emanadas pela OE (2010), que refere que *“a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência.”* O ER para o doente cirúrgico, é visto como um profissional competente que se preocupa com a recuperação, autonomia e a manutenção da sua qualidade de vida.

Importa, finalmente referir como limitação na realização deste trabalho, a dimensão da amostra, reduzida o que em termos de resultados condiciona a variabilidade de resposta e por outro lado o fato de existirem apenas duas ER no serviço, pode também ter inflacionado a avaliação das respostas e também a sua pouca variabilidade, uma vez que existe uma tendência para a uniformização dos cuidados prestados.

Ainda assim, a realização deste trabalho permitiu uma melhor apreciação e identificação do trabalho do ER e determinar a importância que este tem na equipe de saúde, como agente determinante na recuperação e capacitação do doente submetido a cirurgia cardíaca.

Os resultados obtidos, que aqui se apresentam, não se constituem como um fim em si mesmo, mas são, antes, um estímulo para a procura da melhoria contínua e da excelência. Não se demonstrou a falta de reconhecimento, que tantas vezes parece perceber-se no quotidiano dos cuidados, pelo contrário, procurar ser, sempre uma melhor profissional e manter os índices de qualidade de cuidados elevados, garantido assim a autonomia e a manutenção da saúde do doente, é percebido e reconhecido pelas pessoas cuidadas. Importa agora prosseguir este esforço de evidenciar e demonstrar a importância e o papel da enfermagem de reabilitação através da realização de estudos visando o impacto das intervenções de enfermagem de reabilitação nas diferentes dimensões do processo de reabilitação e nos seus resultados

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Nurses Association of Rehabilitation Nurses. (2014) Competency Model for Professional Rehabilitation Nursing. Chicago, MO: Author.

[http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN Rehabilitation Nursing Competency Model FINAL - May 2014.pdf](http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf)

American Nurses Association. (1984). Nursing: A social policy statement. Kansas City, MO: Author. Acedido em:

<http://www.rehabnurse.org/pubs/role/Role-Advanced-Practice-Rehab-Nurse.html>.

BARDIN, L. (2014) - Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, 281p.

Blizzard, R.D.B.A.(2002)- Gender Comparisons: patient satisfaction and loyalty.

EUA: Gallup, Dec.2002, p.1-4. Acedido em

<http://www.gallup.com/poll/7348/gender-comparisons-patient-satisfaction-loyalty.aspx>.

Carvalho, A.R.S., Matsuda, L. M., Almeida, R.M.S.S.A., Schneider, D. S.L.G.

(2006) - Complicações no pós-operatório de revascularização miocárdica.

Brasil: Ciência Cuidado e Saúde, (2006); 5 (1),jan./abr. 2006;p50-59.

Acedidoem://[http.ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5111/3326.pdf](http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5111/3326.pdf)

Cielo, C.,Silveira M., Arboit, E.L., Camponogara, S. (2014) - Expectativas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no momento da alta hospitalar. Brasil: Journal of research fundamental care online out-Dec.

2014, 7(4), p. 3532-3542. Acedido em: <http://www.stiak.info/essay/issn-2175-5361-doi-10-9789-2175-5361-2015-v7i4.shtml>

Chong,S., Pang,S., Poon,W., LI, D. Pang, Sw., Tse,A.,Yu,I., Fung.yee,L.,Leung,D., Man,Hy. Li, H. (2006) - Guide to good nursing practice informed consent. Hong Kong: Professional Development Committee of the Nursing Council of Hong Kong, (2006); p. 1-3. Acedido em: www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/informed_consent_e.pdf

Clarke A, (2004). Readmission to Hospital: a Measure of Quality or Outcome? *Quality and Safety in Health Care*, 13, 10-11.

Chick, N., Meleis, A.I. (1986). Transition: A nursing concern. In: P. L. Chin. *Nursing Research Methodology: Issues and implementation* Rockville: Aspen. p.237-257.

Cohen, J. (1994). The earth is round ($p<.05$). *American Psychologist Association*. EUA: 1994, p.997-1003.

Cutilli, C.C. (2005), Do your patient understands? Determining your patient's health literacy skills. Philadelphia (EUA): *Orthopedic Nursing* (2005), sept/oct.Vol.24 (5) pág.372-377.

Cutilli, C.C. (2007), Health literacy in geriatric patients – An integrative review of de literature. Philadelphia (EUA): *Orthopedic Nursing* (2007), jan/feb, Vol. 26 (1), p. 43-48.

Direção Geral de Saúde (2014). Lisboa: Doenças cérebro-cardiovasculares em números. Acedido em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014.aspx>.

Doering, L V., McGuire, W., Rourke, D (2002) - Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. EUA: *American of Critical Care* 2002; 11 p.333-343.

Duarte, S.C.M., Stipp M.A.C., Mesquita M.G.R., Silva M.M. (2012) - O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo caso. Brasil: Escola Anna Nery out-dez de 201, pág. 657-665.

Gomes, M.C., Ribeiro, J., (2001) Relação entre o autoconceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aortocoronário. Porto- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Ver Psicologia, Saúde & Doenças, (2001), 2 (1), pag.35-45.

Fragata, J., (2009) – Procedimentos em cirurgia cardiotorácica. Lisboa: Lidel, 2009; 337ps.

Force AAST. (2001) Evidence based guidelines for weaning and discontinuing mechanical ventilatory support. Chest. 2001;120 (supl6):375-95

Fortin, M., Cotê, J., Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2003). *Processo de Investigação - da Concepção à Realização* (3.^a ed.). Loures: Lusodidata.

Freitas, E.E., Saddy, F., Amado, V., Okamoto, V. (2007) - Desmame e Interrupção da ventilação mecânica. Brasil: Revista Brasileira de Pneumologia, 33 (2), p.128-136. Acedido: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s2/a08v33s2.pdf>.

Krannic, J.H., Weyers P., Lueger S., Schimmer C., Faller H., Elert, O. (2008) The effectiveness of motivation programme for life style change in the course of aortocoronary surgery. .Clinical Rehabilitation. London, Sage Publications;

Hawkey, B. & Williams, J. (2007). Role of rehabilitation nurse .London : Royal College of Nursing; 2007

Hesbeen, W (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2003) – A reabilitação: Criar novos caminhos. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação* (2ª Ed.). Lisboa: Lusociência

Leite, V.B.E., Faro, A.C.M. (2005) - O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Brasil: Revista Escola de Enfermagem universidade de São Paulo. 2005; 39 (1) p. 92-96. Acedido em:

www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a12v39n1.pdf

Lima, L. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. In: J. Vala & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Long A.F, Kneafsey R., Ryan J. (2003) *International Journal of Nursing Studies* 40, p.663-673;

Micaelo, F., Valente, J.P.O., Gonçalves, M.C.M., Duarte, S.R. (2011) – Reabilitação cardíacao papel do enfermeiro. Castelo Branco: Revista de Saúde Amato Lusitano, 2011, p.21-25

MacIntyre NR, Cook DJ, Ely EW, Epstein SK, Fink JB, Heffner JE, et al. Evidence - based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. A collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care and the American College of Critical Care Medicine. *EUA*; 2001; 120 (6) p. 375-395.

Meleis, A. (2010) – *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: 2010

Meleis, A.; Sawyer, L.; IM, E.; Hilfinger, M.; Schumacher, K. (200) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. EUA: 2000; 23, (1) p.12-28.

Ordem dos Enfermeiros. (2003) Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo Desenvolvimento Profissional, Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Lisboa, dezembro 2009, 45 págs.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Proposta core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Porto: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), 22 pág.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>.

Pryor, J., Smith, C. (2002). A framework for the role of Registered Nurse in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. Sidney: *Journal of Advance Nursing*; 39, (3), p 249-257.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=a15895c5-1941-46a8-a8cd-b38f3d66c0bc%40sessionmgr4003&hid=4201>.

Pryor,J., O'Connell.B, (2008). Incongruence between nurses and patients understandings and expectation of rehabilitation. Australia: Journal of Clinical Nursing; 18, p. 1766-1774.

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=a15895c5-1941-46a8-a8cd-b38f3d66c0bc%40sessionmgr4003&hid=4201>.

Pryor, J.(2005) - Nursing's role in rehabilitation: A review of the research literature. Sidney: Journal of Australian Rehabilitation Nurse Association;.8, 3, p (8)-12.

Tyrrell, E. et all (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. New Zealand: Journal of Advance Nursing. 68,(11), p.2466- 2476. Acedido em:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=a15895c5-1941-46a8-a8cd-b38f3d66c0bc%40sessionmgr4003&hid=4201>.

Weiss, BD. (2007) Health literacy and patient safety: help patients understand: manual for clinicians .Chicago: American Medical Association; 200 7; Acedido em: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/367/healthlitclinicians.pdf>.

Remonato, A., Coutinho, A.O.R., Souza, E.N. (2012) Duvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar implicações para a enfermagem. Brasil: Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2012) jan/abr 2 (1) p. 39-48.

St-Germain, D. (2014) -The rehabilitation nurse then and now: from technical support to human potential catalyst by caring- disability creation process model

in an interprofessional team. Canada: Journal of Nursing Education and Practice, 2014,4 (7).

Suaya, J.A., Shepard, D.S., Normand, S.T., Ades, P.A., Prottas, J. Stason, W.B.(2007). EUA: American Heart Association Journal, 2007; 116, p 1653-1662. Acedido em: <http://circ.ahajournals.org/>, fev. 2016.

The Society of Thoracic Surgeons (2009) – What to expect after heart surgery. EUA; 2009, p.1-6.

Thomas RJ, King M, Lui K, Oldridge N, Pina IL, Spertus J, et al. (2007) Performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services endorsed by the American College of Chest Physicians, American College of Sports Medicine, American Physical Therapy Association, Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Inter-American Heart Foundation, National Association of Clinical Nurse Specialists, Preventive Cardiovascular Nurses Association, and the Society of Thoracic Surgeons. EUA: 2007; 50(14), p.1400-33.

Available:http://www.aacvpr.org/Portals/0/resources/professionals/crperformanceasures_jcrpsept07.pdf .

Tyrrel, E.F., William, M. L.; Lorraine, H.R., Keeling, S.M.,(2012)- Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. New Zeland: Journal of Advanced Nursing Vol.68 (11), p. 2466-2476.

Zwisler AD, Nissen NK, Madsen M. Hjerterehabilitering (2010) Evidence from the literature and the DANREHAB trial. Copenhagen: The National Board of Health;2010

<http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CEMTV/Hjerterehab/hjerterehabilitering.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

Questionario

Questionário sobre o Papel do Enfermeiro de Reabilitação na reabilitação do Doente submetido a Cirurgia Cardíaca- A perspetiva do Doente

Este questionário é constituído por vários conjuntos de perguntas que visa um melhor conhecimento da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação junto do doente submetido a cirurgia cardíaca. Como foi referido no Formulário de consentimento todos dados aqui recolhidos são anónimos e confidenciais.

Marque com um (X) a resposta que pretende assinalar.

1- Dados Pessoais

Idade - _____ Sexo - F () M ()

Data da Cirurgia - __/__/2015

Habilitações Literárias:

Ensino Básico () Ensino Secundário () Ensino Superior ()

Não Sabe ler/ escrever ()

Profissão: _____

Tipo de Cirurgia a que foi submetido:

Cirurgia Valvular () Cirurgia Coronária () Transplante Cardíaco ()

2- As intervenções da Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER)

- Conhece a Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER) responsável pela sua recuperação? **Sim () Não ()**

Se respondeu sim, pense nas actividades desenvolvidas ao longo do internamento, após a sua cirurgia, identifique as actividades desenvolvidas pela Enfermeira Especialista de Reabilitação (EER).

- Antes de iniciar a sessão a EER identifica-se e explica a razão da sua intervenção na prestação de cuidados **Sim () Não ()**

- A EER conhece o meu processo clínico e avalia a minha condição clínica antes de iniciar a sessão de Cinesiterapia Respiratória **Sim () Não ()**
- A EER solicita o seu consentimento e a sua colaboração para a realização da sessão de Cinesiterapia Respiratória **Sim () Não ()**
- A EER realiza um conjunto de intervenções específicas:
 - Ajuda a consciencializar e separar os tempos respiratórios (inspiração e expiração) **Sim () Não ()**
 - Ensina a inspiração e expiração profundas de forma a permitir um melhor controlo da respiração e a torná-la mais eficaz e facilitar a libertação de secreções **Sim () Não ()**
 - Mobiliza os membros superiores com o objectivo de ajudar na respiração **Sim () Não ()**
 - Ensina a conter e proteger a sutura durante a tosse **Sim () Não ()**
 - Mobiliza os membros inferiores para melhorar a circulação sanguínea, evitar contracturas e câibras **Sim () Não ()**
 - Ensina exercícios que visam a reeducação do esforço, aumento da força e do tónus muscular, tais como o treino de carga, equilíbrio e marcha **Sim () Não ()**
- A EER adapta a sessão de acordo com seu estado clínico e físico e tolerância ao esforço **Sim () Não ()**
- A EER realiza os ensinamentos necessários para que repita os exercícios ao longo durante as 24 horas **Sim () Não ()**
- A EER valida os ensinamentos feitos, esclarece as dúvidas que surgem ao longo do internamento de forma a corrigir a sua execução **Sim () Não ()**

3 – Sendo a preparação para alta um aspeto importante a ter em conta para uma recuperação rápida e na continuidade e manutenção da sua qualidade de vida, a intervenção da EER vai de encontro às suas necessidades?

- A preparação para alta é iniciada pela EER precocemente e é feita ao longo do internamento **Sim () Não ()**

- A EER é disponível e acessível para escutar os problemas e limitações do utente e que podem dificultar a sua recuperação **Sim () Não ()**
- A EER tem em conta as minhas limitações e necessidades no ensino feito na preparação para a alta **Sim () Não ()**
- A EER articula com os vários elementos da equipa na resolução dos problemas que interferem com a minha recuperação **Sim () Não ()**
- A EER, na preparação para a alta, inclui ensino sobre os exercícios respiratórios e motores **Sim () Não ()**
- A EER, na preparação para a alta, também aconselha sobre alimentação, sinais de alerta de complicações, início da actividade física, condução e actividades de lazer **Sim () Não ()**
- A EER articula e fornece informação relevante para a minha recuperação com os serviços/profissionais da comunidade para dar continuidade aos cuidados prestados, em caso de necessidade **Sim () Não ()**

4 – Importância da intervenção da EER na recuperação

- Considera que a intervenção da EER foi importante para a sua recuperação? **Sim () Não ()**

Se respondeu sim, refira de 1 a 10 que grau de importância atribui para a sua recuperação coloque um círculo à volta do número correspondente.

|0|___|1|___|2|___|3|___|4|___|5|___|6|___|7|___|8|___|9|___|10|

- Na globalidade, como qualifica os cuidados que recebeu em termos de quantidade e adequação às suas necessidades? Coloque um círculo à volta do número correspondente.

|0|___|1|___|2|___|3|___|4|___|5|___|6|___|7|___|8|___|9|___|10|

Comentários:_____

Muito Obrigada, pela sua colaboração
Enfª Berta Andrade

ANEXO2

Exma Sr^a Presidente da Comissão de Ética

Do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Berta Maria Mendes de Campos Andrade, Enfermeira Graduada com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, com o nº mecanográfico nº51435, a exercer funções no Núcleo de Enfermagem de Reabilitação do Hospital de Santa Cruz, desde fevereiro de 2010 e a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem em Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, (2013-15). Venho por este meio solicitar a Vossa Ex^a a autorização para realizar e aplicar o instrumento de recolha de dados, sob a forma de questionário (junto anexo do questionário e consentimento informado), no Serviço de Cirurgia Cardiorádica, deste Hospital, no âmbito de um trabalho de investigação que pretendo desenvolver na Dissertação da Tese de Mestrado subordinado ao tema:

“O papel do Enfermeiro de Reabilitação na recuperação do Doente submetido a Cirurgia Cardíaca – A perspetiva do Doente.”

Como objectivo geral foi definido:

“Avaliar a percepção do doente submetido a cirurgia cardíaca quanto ao papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de cuidados”

Como objectivos específicos foram definidos:

- Avaliar se o cliente reconhece os diferentes papéis desempenhados pelo Enfermeiro de Reabilitação e a sua influência na recuperação/capacitação do cliente submetido a cirurgia cardíaca;
- Determinar a *importância* e a *qualidade* que o cliente atribui à intervenção do Enfermeiro de reabilitação para a recuperação/ capacitação do doente submetido a cirurgia cardíaca;
- Avaliar se existe influência da idade, sexo e habilitações académicas em relação ao reconhecimento da importância e qualidade dos cuidados.

Com este trabalho de pesquisa, pretendo dar uma maior visibilidade ao papel do Enfermeiro de Reabilitação junto do doente, através dos cuidados que presta e também de todas as outras intervenções que o Enfermeiro de Reabilitação tem na equipa de saúde com vista à garantia de cuidados individualizados e de qualidade.

Os participantes do estudo são todos os doentes com idade superior a 18 anos, submetidos a cirurgia cardíaca, que deem o seu consentimento livre e esclarecido e aceitem realizar reabilitação funcional motora e respiratória. Estima-se um número total de participantes de 50 doentes.

O instrumento de recolha de dados,(que segue em anexo) como já foi referido será através de um questionário, constituído por perguntas abertas e fechadas e escala de avaliação de importância. Os questionários serão anónimos respeitando todos os princípios éticos sobre os direitos dos doentes.

Caso necessitem de informação complementar, estou disponível através dos seguintes contatos:

TM- 965301278

bandrade@chlo.min-saude.pt

bertacamposandrade@sapo.pt

Aguardo deferimento,

Carnaxide, 25 de julho de 2014

Atenciosamente,

Berta Campos Andrade.

ANEXO 3

Consentimento Informado

Identificação do Estudo - O papel do Enfermeiro de Reabilitação na recuperação do Doente submetido a Cirurgia Cardíaca – A perspetiva do Doente.

Autor do Estudo - Enfª Berta Andrade.

Caro Utente

Venho por este meio solicitar o seu consentimento e colaboração para responder ao questionário em anexo.

Este questionário faz parte do trabalho de investigação, referente à minha Dissertação de Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação tem como finalidade identificar junto do doente o papel do Enfermeiro de Reabilitação na sua recuperação quer do ponto de vista da reabilitação funcional respiratória e motora quer do ponto de vista das várias intervenções que o Enfermeiro de Reabilitação tem junto dos vários elementos da equipa de saúde, que são coadjuvantes da sua recuperação.

A participação é livre e não interfere com os cuidados e a qualidade destes.

Todo os dados recolhidos com este questionário, são confidenciais e anónimos. Serão manuseados apenas pela autora do trabalho e utilizados para a realização deste trabalho, sendo imediatamente destruídos após ter sido retirada toda a informação relevante para o trabalho.

Este questionário foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética deste hospital, que para além da autora do estudo, poderá consultar para qualquer esclarecimento adicional, do ponto de vista ético/legal em caso de dúvidas.

Contatos – 210433000/210433253.

Grata pela sua colaboração.

Berta Campos Andrade

(Enfª Especialista do Núcleo de Enfermagem de
Reabilitação do Hospital de Santa Cruz)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo a investigação ou os métodos utilizados. Asseguraram-me que os processos que a mim dizem respeito serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento retirar o meu consentimento deste estudo. Compreendo igualmente que se eu não participar no estudo ou se retirar o meu consentimento em qualquer momento, a qualidade dos cuidados de que vou beneficiar, do mesmo modo que qualquer outro membro da minha família, não será afetada.

Pelo presente documento, eu abaixo assinado dou o meu consentimento livre e esclarecido para participar no estudo.

Nome- _____

Testemunha - _____

Data ____/____/____.

Para qualquer questão, contata a autora para os contatos fornecidos na carta de explicação.

ANEXO4

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Projeto de Mestrado,

“O papel do Enfermeiro de Reabilitação na recuperação do Doente submetido a Cirurgia Cardíaca - A perspetiva do Doente”

Após reunião de 16 de março de 2015 e no seguimento da receção dos documentos solicitados, estando atualmente o projeto de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste projeto, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 16 de março de 2015:

Presidente: Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

Enf.^a Clara Carvalho, Dra. Helena Farinha,
Dr. José Santana Carlos, Dr. Rui Teles e Padre João Valente

Pelo exposto, emitiu-se a 23 de março de 2015, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde



Prof.^a Doutora Maria Teresa Marques

MARIA TERESA MARQUES
Presidente da Comissão
de Ética para a Saúde

ANEXO5

Declaração

Eu, José Pedro dos Santos Neves na qualidade de Diretor do Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital de Santa Cruz- CHLO, declaro que autorizo a Sr^a Enfermeira Berta Maria Mendes de Campos Andrade, especialista na área da Enfermagem de Reabilitação, a realizar o questionário referente ao trabalho de dissertação de Tese de Mestrado com o título: ***“O papel do Enfermeiro de Reabilitação na recuperação do Doente submetido a cirurgia cardíaca – A perspectiva do Doente”***.

Mais declaro que o referido trabalho é de grande interesse e uma mais-valia para o serviço, na perspectiva da melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Carnaxide, 2 de fevereiro de 2015

O Diretor de Serviço



José Pedro S. Neves

ANEXO6

Termo de Responsabilidade

Eu, Berta Maria Mendes de Campos Andrade, com nº mecanográfico 51435, única Autora e Investigadora do trabalho de Dissertação de Mestrado na área da Enfermagem de Reabilitação, com o título -***“O papel do Enfermeiro de Reabilitação na recuperação do Doente submetido a Cirurgia Cardíaca – A perspetiva do Doente.”***

Comprometo-me a garantir a confidencialidade dos dados e a observar os princípios da Declaração de Helsínquia (*última atualização em Fortaleza, Brasil, 2013*), da OMS e da Comunidade Europeia.

Carnaxide, 12 de fevereiro de 2015

